Bid

DES

PARALYSIES

DES MEMBRES INFÉRIEURS

OU

PARAPLÉGIES



Corbeil, typ. et stér. de Crété.

3

DES

PARALYSIES

DES MEMBRES INFÉRIEURS

OU

PARAPLÉGIES

RECHERCHES SUR LEUR NATURE, LEUR FORME ET LEUR TRAITEMENT

PAR

LE DOCTEUR RAOUL LEROY D'ÉTIOLLES

Lauréat de l'Académie impériale de Médecine (PRIX DE L'ACADÉMIE),
Lauréat de la Faculté de Médecine (PRIX MONTHYON),
Membre de la Société médicale d'Hydrologie, de la Société de
Médecine du 1er arrondissement.

OUVRAGE COURONNÉ PAR L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

CONCOURS DU PRIX DE L'ACADÉMIE 1853.

PREMIÈRE PARTIE



PARIS,

LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON,

17, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

—

MDCCCLVI



A Monsieur

LE DOCTEUR P. RAYER

COMMANDEUR DE L'ORDRE IMPÉRIAL DE LA LÉGION D'HONNEUR,

MÉDECIN DE SA MAJESTÉ L'EMPEREUR,

MÉDECIN DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ,

MEMBRE DE L'INSTITUT, DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE, ETC.

HOMMAGE DE RESPECT ET DE RECONNAISSANCE

De son élève dévoué,

Dr RAOUL LEROY D'ETIOLLES.

AVANT-PROPOS.

Le mémoire manuscrit présenté par moi en 1853 au concours de l'Académie de médecine, qui l'a placé en première ligne et lui a décerné le prix fondé par elle, forme la base de ce livre. Le temps qui s'est écoulé depuis, m'a permis de compléter plusieurs faits et de poursuivre mes observations jusqu'à la terminaison des maladies par la guérison ou par la mort : des faits entièrement nouveaux ont été recueillis et ajoutés aux premiers : certains points de science obscurs et indécis ont été mieux étudiés. En un mot, je me suis efforcé de justifier le suffrage de l'Académie et la distinction dont elle m'a honoré.

TRAITÉ
DES PARAPLÉGIES

CHAPITRE PREMIER.

EXISTE-T-IL DES PARAPLÉGIES INDÉPENDANTES DE LA MYÉLITE ?

L'Académie impériale de médecine a mis au concours la question suivante :

« *Existe-t-il des paraplégies indépendantes de la myélite ? En cas d'affirmative, tracer leur histoire.*

Je répondrai : Oui, il en existe.

Une courte discussion suffira pour établir les motifs qui m'ont fait adopter l'affirmative.

L'existence des paralysies sans myélite est généralement admise aujourd'hui, et l'était déjà par quelques-uns de nos plus illustres devanciers, ainsi que le fait ressortir dans son rapport notre savant juge, M. le docteur Bouvier.

L'opinion contraire n'a été soutenue que par l'école organiciste exclusive.

Morgagni a plusieurs fois rencontré des paralysies et des paraplégies sans lésions : il en donnait une explication peu satisfaisante en les attribuant à une compression exercée par des convulsions des méninges, ainsi qu'on le voit dans ma deuxième observation, empruntée à sa quarantième lettre.

Cullen admettait des paralysies idiopathiques et symptoma-

tiques, une paralysie nerveuse chez les vieillards et les hypocondriaques, une paralysie rhumatismale.

Broussais, lui-même, dans les *Commentaires de ses propositions de pathologie*, reconnaissait que dans certains cas la désorganisation à laquelle est due la paralysie, *n'existe que dans les molécules invisibles de la substance médullaire*. Il signale aussi les paralysies sympathiques dépendantes d'affections du foie, de la rate, des reins, etc.

A M. le professeur Piorry revient le mérite d'avoir le premier attiré l'attention sur les paralysies hystériques.

MM. les professeurs Chomel et Trousseau et M. Vigla, dans des leçons de clinique faites à différentes époques, ont signalé à l'attention de leurs auditeurs l'existence de paralysies nerveuses, hystériques, rhumatismales, indépendantes, en un mot, de la myélite.

Depuis quelques années l'attention s'est portée de nouveau vers ce sujet et l'observation, devenue plus rigoureuse et plus exacte, a fait découvrir de fréquents exemples de paraplégies sans lésion appréciable du centre nerveux.

Les observations que j'ai citées me sont personnelles pour la plupart, le reste a été recueilli dans les cliniques des hôpitaux de Paris.

Les médecins de notre époque se sont fondés surtout pour établir la distinction des paraplégies, *sur la gravité*, *sur la terminaison funeste*, *l'inefficacité du traitement* dans les paraplégies suite de myélite; *sur le peu de gravité ordinaire des paralysies essentielles;* sur la terminaison *souvent heureuse et parfois rapide*, due tantôt à la nature, agissant seule et sans secours, et tantôt aidée par un traitement sage et approprié. Ils ne se sont pas contentés de l'absence d'altération organique qui n'est qu'une preuve *à posteriori* et ne peut éclairer utilement le diagnostic.

On est en droit de conclure que des paraplégies essentielles existent quand l'examen de la moelle d'un individu paraplégique pendant la vie, ne démontre aucun changement de

consistance ou de couleur dans aucun point de l'axe nerveux ; et, à plus forte raison, quand il n'y a ni vascularisation des membranes, ni augmentation du liquide céphalo-rachidien resté limpide. Plusieurs malades affectés de néphrite aiguë ou chronique, compliquée de paraplégie, ayant succombé sous mes yeux, j'ai trouvé chez eux la moelle et ses membranes dans un état parfait d'intégrité.

MM. Stanley et Rayer avaient, depuis des années, rencontré et signalé des exemples de cette nature.

La paraplégie paraît quelquefois en même temps que les fièvres graves, ou après elles. J'ai pu, dans quelques occasions, constater qu'il n'existait pas de lésions appréciables dans la moelle.

On n'est pas encore autorisé à admettre, dans l'état actuel de la science, la formation ou plutôt la régénération de toute pièce de nouveaux tubes nerveux venant reconstituer la moelle ramollie. On a observé en Allemagne quelques exemples d'un travail semblable opéré dans le cerveau (1) ou dans les nerfs (2). Il n'est pas encore permis de juger de leur valeur, mais en admettant le fait, on devrait retrouver quelque trace de ce nouveau travail ; il n'en est pas ainsi :

Admettons un moment, non pas une cicatrisation qui lais-

(1) M. Virchow.

(2) M. Waller de Bonn avait admis que jamais les anciennes fibres d'un nerf divisé ne recouvrent leurs fonctions; que la cicatrisation des deux bouts n'a pas lieu, l'ancien nerf et ses rameaux se désagrégeant en petites particules graisseuses; et que toute la portion comprise entre une section pratiquée et la périphérie se reproduit de toutes pièces.

M. Shiff, au nom duquel M. le prince Ch. Bonaparte a fait une communication à l'Académie des sciences sur ce sujet (séance du 6 mars 1854), reproche avec raison, à l'opinion de M. Waller, d'être inadmissible. — Après sept ou treize jours, un nerf divisé a repris ses fonctions. Un laps de temps aussi court aurait-il suffi à la régénération de toute cette portion périphérique divisée du nerf? Cela paraît impossible.

serait des traces et qu'on n'a pas trouvée, mais une reconstitution de la moelle, comme l'admet M. Waller pour la périphérie des nerfs; si le passage du fluide nerveux est rétabli, la paralysie doit disparaître avant la mort, ou du moins une amélioration sensible doit se manifester; mais ce n'est pas ainsi que marche cette paralysie dite essentielle, elle est soumise à l'état de la maladie qui en est la cause première; et si je prends pour exemple une affection des reins comme point de départ, la paralysie sera d'autant plus prononcée que la néphrite sera plus profonde, et cependant après la mort, la moelle ne présentera aucun vestige de lésion.

Dans la *myélite*, les symptômes de la paralysie, du mouvement et du sentiment sont d'autant plus accentués que le ramollissement est plus manifeste, et lorsque la paralysie est complète la lésion s'offre aux yeux dès que la moelle est à nu.

Il est peu vraisemblable que dans les exemples que je rapporte, les symptômes souvent très-tranchés de paralysie soient le résultat d'un changement inappréciable, d'une lésion microscopique survenue dans l'organisation du tissu de la moelle, lorsque dans les myélites il faut déjà une lésion très-visible pour qu'il en résulte des symptômes bien nets.

Mais si notre impuissance nous renferme dans les limites de l'hypothèse, pourquoi ne pas admettre dans les paralysies dues à certaines causes comme l'hystérie, le rhumatisme, par exemple, que les derniers rameaux nerveux périphériques sont le siége de la lésion.

Nous savons qu'une névralgie ne laisse dans le nerf qui en est le siége aucune trace. Dans l'hystérie, la peau semble devoir son insensibilité à la paralysie des houppes ou dernières divisions nerveuses sensitives; on peut s'en assurer en suivant vers le centre le nerf qui fournit à la région insensible : généralement, plus on se rapproche de son origine, plus la sensibilité est conservée, souvent même la transition est brusque. Pourquoi la paralysie du mouvement qui complique l'hystérie

ne serait-elle pas aussi due à une lésion des houppes nerveuses musculaires? Un exemple, que j'ai entendu citer par M. le professeur Trousseau dans ses leçons, vient à l'appui de cette idée. Un individu, encore en sueur, ouvre une fenêtre par un temps très-rigoureux, il se retire, mais un instant a suffi, il a tout un côté de la face paralysé du sentiment et surtout du mouvement, l'origine du nerf qui se rend à la région paralysée est saine, car d'autres régions où il se distribue continuent leurs fonctions.

Il est aussi permis de croire avec quelque raison, que dans certaines paralysies, telles que celles qui succèdent aux affections des viscères abdominaux, aux affections des voies génito-urinaires, c'est le grand sympathique qui est le siége du mal. L'observation ne s'était pas jusqu'alors dirigée de ce côté : moi-même, j'ai le regret de n'avoir examiné qu'une fois les filets et les ganglions lombaires, et je n'ai rien trouvé de remarquable.

La certitude nous est permise cependant à l'égard de certaines autres paraplégies ; nous savons que dans l'asphyxie, c'est une congestion qui donne lieu à la paraplégie, et dans les empoisonnements métalliques la matière toxique qui est déposée en nature dans les tubes et intercepte ainsi le passage de l'influx nerveux.

Je termine cet exposé préliminaire par une esquisse des principaux traits de la myélite, en insistant sur son principal caractère la *gravité extrême*, afin de donner plus d'autorité aux autopsies sans lésions que l'on rencontrera dans ces paraplégies indépendantes de la myélite sur l'existence desquelles les doutes sont en grande partie dissipés.

Principaux caractères de la myélite.

L'ensemble des symptômes paraît quelquefois établir un rapprochement entre les paraplégies que produit la myélite et celles qui en sont indépendantes. Il en est autrement pour leur terminaison et l'influence du traitement.

La myélite est presque toujours mortelle : si le ramollissement vient à la suite d'une inflammation aiguë, la mort peut être des plus rapides, elle peut survenir en quelques heures.

La marche de la *myélite chronique est beaucoup plus lente*, elle peut durer des années ; mais il est un terme à cet état latent, il arrive une époque où la paralysie s'étend avec l'augmentation du ramollissement, *et la mort arrive, lente quelquefois, mais inévitable.* On rapporte des exemples de guérison de myélite de forme chronique. Je suis tenté de croire que ce sont des cas de paralysie essentielle, soit hystérique, soit rhumatismale ou autres, ou bien de simples congestions de la moelle que l'on a prises pour des myélites, et si mes prévisions ne sont pas déçues, les paralysies indépendantes de la myélite étant mieux étudiées et mieux connues, les cas de guérison de ramollissement de la moelle deviendront si rares, qu'on n'en admettra la possibilité qu'avec une extrême réserve.

Pourrait-on dire de la myélite, ce que je vais avancer sur les paralysies qui en sont indépendantes ?

Sur une vingtaine d'exemples de paralysie hystérique, je n'ai pas à citer un seul fait dont la terminaison ait été fatale.

La paraplégie saturnine fort rare, il est vrai, a guéri dans les trois cas qui, à ma connaissance, existent dans la science.

Celle qui est due à l'intoxication arsenicale, guérit généralement.

La paraplégie rhumatismale se termine très-souvent d'une façon fort heureuse. Celle qui persiste après certaines fièvres, malgré les désordres sérieux laissés par la cause primitive, ne tarde pas à disparaître. Celle qui suit l'asphyxie s'évanouit dès que la congestion des centres nerveux se dissipe.

Enfin, dans la paraplégie des voies urinaires beaucoup plus grave, seulement, parce que les maladies qui la produisent sont elles-mêmes plus graves que l'hystérie et les autres causes ; la paralysie se termine ordinairement bien quand le traitement vient à temps arrêter la marche de l'affection

primitive aiguë ou chronique, soit des reins, soit de la vessie.

Le dernier point de contraste de ces maladies, c'est l'impuissance du traitement pour arrêter les progrès du mal dans la paraplégie suite de myélite ; c'est son influence salutaire sur les paraplégies qui en sont indépendantes.

DE LA MYÉLITE.

Par la dénomination de *Myélite* on est convenu de désigner l'inflammation aiguë ou chronique de la moelle.

CARACTÈRES ANATOMIQUES. — Je vais examiner rapidement quels sont les caractères anatomiques attribués à cette phlegmasie.

La consistance de la moelle est toujours modifiée , qu'elle soit augmentée ou diminuée ; le plus souvent on rencontre un ramollissement plus ou moins prononcé, il peut aller jusqu'à la désorganisation ; la substance médullaire est alors réduite en bouillie, de couleur *blanche*, ou *jaune* ou *verdâtre*. Ces changements ont lieu ou bien dans toute l'épaisseur de l'organe ou bien en comprennent seulement une portion, une des moitiés latérales, ou les faisceaux antérieurs ou les postérieurs.

Ce ramollissement peut être l'effet d'un travail morbide de nature inconnue non inflammatoire ; les travaux de M. Rostan et de M. Durand Fardel, sur le ramollissement du cerveau, tendent à le prouver, quoi qu'il en soit, on ne peut élever de doute sur la nature phlegmasique de certains ramollissements qui sont accompagnés de rougeur, d'injection et même d'épaississement des méninges au niveau de l'altération, quelque fois même les vaisseaux qui se rendent dans la substance deviennent visibles et lui donnent une teinte d'un rouge variable.

La couleur du ramollissement ne peut faire reconnaître sa nature, car pour la moelle comme pour la substance cérébrale, la consistance des tissus enflammés varie suivant les diverses périodes de la phlegmasie.

Pour prouver que le ramollissement est dans la pluralité des cas inflammatoire, M. Ollivier d'Angers rappelle que le renflement lombaire le plus souvent atteint est plus riche en matière grise que les autres régions de la corde spinale, et que la substance grise est extrêmement vasculaire; au cerveau pareils effets se produisent.

Le centre gris de la moelle est souvent rosé ou violacé, mais toujours plus ramolli que la substance blanche.

M. Ollivier d'Angers admet cependant que le ramollissement peut commencer par la substance blanche dans les cas où la myélite a été consécutive à la *méningite rachidienne* ; c'est un mode de production assez rare de la maladie, on en cite quelques exemples. Mais si l'inflammation débute dans la moelle, le travail suivant lui débute toujours dans la substance grise. La consistance de la moelle est plus rarement augmentée : c'est, selon l'école physiologique et MM. Lallemand et Bouillaud, le premier degré de l'inflammation aiguë, le second serait le ramollissement dont je viens de parler.

« Si l'endurcissement est très-considérable, le tissu nerveux « est analogue pour sa consistance, sa densité, son aspect, au « blanc d'œuf durci par l'ébullition , on ne voit aucun vais- « seau parcourir le centre de l'altération. » (Ollivier d'Angers.)

On a aussi trouvé chez des individus atteints de myélite chronique, la moelle réduite à la trame cellulo-vasculaire qui soutient les tubes nerveux.

Enfin il peut arriver que la moelle soit plus volumineuse dans le point ramolli.

Dans un tableau succinct des symptômes de la myélite proprement dite, on verra qu'il y a souvent une telle ressemblance de symptômes qu'au premier abord, avant un examen approfondi, il est difficile de se prononcer sur la nature de la maladie. Il est assez rare que l'indécision se prolonge; cependant chez quelques malades, c'est seulement après la mort que l'on a acquis la certitude qu'il n'existait aucune maladie de la moelle.

Me bornant à faire l'histoire de la paraplégie, je ne considérerai la myélite que quand elle a son siége à la partie inférieure de la portion dorsale, et à la région lombaire.

Myélite Aiguë. — La maladie peut être annoncée par des vomissements bilieux, souvent par des contractions, mais presque toujours par des fourmillements, de l'engourdissement des orteils, une rétention d'urine qui force d'avoir recours au cathétérisme (l'incontinence est plus rare), une constipation opiniâtre, une douleur vive, profonde dans un point du rachis qui s'étend à toute la longueur du dos. La pression exercée avec assez de force sur chaque apophyse épineuse détermine, dans le point qui correspond à la partie de la moelle enflammée, une douleur très-vive dont quelquefois les malades n'avaient jamais eu conscience; et lorsqu'elle s'était révélée depuis longtemps, elle est exaspérée par cette pression. Copeland a proposé un moyen, très-usité maintenant, d'aller à la recherche du point douloureux : c'est l'emploi d'une éponge imbibée d'eau bouillante que l'on promène sur le rachis et qui dans le point malade détermine un sentiment de brûlure sourde.

Les membres supérieurs peuvent être agités de secousses convulsives même quand le ramollissement siége à la région lombaire.

Un des caractères de la myélite, c'est la marche envahissante de la paralysie qui suspend l'une après l'autre les fonctions les plus importantes à la vie. Le plus souvent la paralysie marche du haut en bas; dans quelques rares exemples, le ramollissement après avoir débuté assez haut, s'est prolongé vers la portion inférieure de la moelle paralysant les fonctions des organes qui reçoivent leurs nerfs de cette région.

Les malades sont pris de coliques, de tiraillements douloureux dans le ventre et dans l'estomac; le pouls est fréquent, irrégulier, et si la marche de la maladie est rapide, il y a tous les indices de la fièvre.

On observe aussi des contractions convulsives des membres pelviens qui sont agités par des secousses douloureuses.

M. Olliviers d'Angers a remarqué que la sensibilité n'était exaltée que lorsque les méninges participaient à l'inflammation.

Des accès d'épilepsie peuvent survenir.

Les fonctions de l'utérus ne sont pas entravées par la myélite; les règles sont accompagnées de douleurs qui s'évanouissent avec elles, leur régularité se maintient.

Les symptômes de la paralysie sont en rapport avec le siége de la lésion; si la moelle est altérée dans toute son épaisseur, la paralysie sera complète, l'abolition du mouvement seul répondra à un ramollissement des faisceaux antérieurs, la sensibilité sera plus ou moins conservée selon l'état d'intégrité des faisceaux postérieurs.

Myélite Chronique. — Elle débute par un état douloureux des membres, avec une douleur fixe dans le dos; dans ce cas, comme le fait remarquer M. Ollivier d'Angers, la faiblesse et l'engourdissement que les malades éprouvent en se levant, se dissipe sensiblement après un exercice un peu prolongé, une promenade; il explique ce phénomène d'une manière très-naturelle, le mouvement active la circulation veineuse rachidienne, et diminue la congestion du système vasculaire de la moelle et des méninges, que le repos et le coucher favorisent. Ici la contracture, quand elle existe, persiste plus que dans la myélite aiguë, les secousses sont plus marquées, la peau est moins chaude, elle est sèche et farineuse par suite de l'affaiblissement de la circulation; la sueur est complétement supprimée; les membres inférieurs sont quelquefois lourds, d'autres fois lorsque la paralysie est complète, les malades n'en ont plus conscience. Que la moelle exerce sur la calorification une influence soit immédiate, soit médiate par la circulation et la respiration; il n'en résulte pas moins que dans la myélite avec perte du sentiment et du mouvement, il y

a un abaissement de température sensible pour l'observateur, et surtout pour le malade qui accuse dans les membres inférieurs un sentiment de froid difficile à combattre.

La constipation est très-difficile à vaincre ; la paralysie du rectum avec relâchement et évacuation involontaire des matières fécales se rencontre beaucoup plus rarement. La sécrétion urinaire est profondément modifiée ; elle devient très-ammoniacale, dépose en grande abondance du phosphate terreux. (Je m'étends sur cette modification de l'urine en parlant de la marche de la maladie, au chapitre des maladies des organes génito-urinaires.)

Lorsque le ramollissement est très-avancé, on a remarqué que les malades éprouvaient la sensation d'une corde qui comprimerait fortement le ventre, et dont le nœud serait placé sur les vertèbres lombaires.

En traitant du diagnostic différentiel de .chaque espèce de paraplégie nerveuse, je ne citerai que les symptômes par lesquels ils diffèrent de la myélite.

ÉNUMÉRATION DE CES PARAPLÉGIES,

D'APRÈS LEUR CAUSE.

Je reconnais la nécessité d'une classification, quand elle peut porter dans l'esprit du lecteur de la clarté et lui permettre d'embrasser d'un seul coup d'œil l'ensemble du sujet. Il est indispensable sans doute dans un traité général de grouper d'une manière savante des maladies analogues de nature et de forme. Ainsi c'est à juste titre qu'on est convenu de réunir sous un nom classique plusieurs maladies semblables dues à la même cause, produites par le même mécanisme, telles que les fièvres éruptives, les phlegmasies, les névroses, etc. Mais, dans un travail qui a trait à un sujet unique, à une seule maladie que peuvent produire diverses causes et qui présentent une nouvelle forme, quand change cette cause à laquelle elle est subordonnée, il n'est pas nécessaire d'adopter

une classification; de plus il est difficile qu'elle soit bonne ainsi que je vais essayer de le prouver.

Ranger les paraplégies en groupes, que les uns désignent par les noms d'*idiopathiques, de symptomatiques et de sympathiques* (1), que les autres appellent *périphériques*, *spinales*, *cérébrales*, etc.; c'est supposer, comme le donnent à penser ces noms, que les paraplégies sont parfaitement connues aussi bien dans leur nature que dans le mécanisme qui les aura développées, mais leur nature et ce mécanisme nous échappent, et resteront peut-être encore longtemps ignorés.

Le désavantage de cette division du sujet n'est rien encore en comparaison des *graves erreurs* où peut entraîner la signification des mots.

Qu'on en juge par un seul exemple : — Dans un mémoire sur les paraplégies qui a paru dans le *Moniteur des hôpitaux* de 1854, le sujet est divisé en idiopathique, symptomatique et sympathique : rien de mieux, mais poursuivons. Pour l'auteur : 1° Les paraplégies idiopathiques, c'est-à-dire propres à elles-mêmes, indépendantes d'une lésion, comprennent celles dues à l'hystérie, à la chlorose, aux fièvres typhoïde ou pernicieuse; aux refroidissements, à l'empoisonnement saturnin, et celles des jeunes enfants. 2° Les paraplégies symptomatiques comprennent celles qui dépendent de la goutte, du rhumatisme, de l'anémie globulaire, et de la compression de la moelle.

Mais alors la signification du mot symptomatique a changé récemment, car de même que l'on entend par ictère symptomatique une jaunisse due à une lésion du foie, de même on doit par paraplégie symptomatique, entendre une paralysie dépendante d'une lésion de la moelle : or, sauf celles qui sont dues à une compression, je demanderai en quoi la paraplégie produite par l'anémie globulaire est plus symtopmatique que

(1) Les paraplégies produites par les altérations des viscères abdominaux tels que les reins, l'utérus, les intestins, sont vraisemblablement dues à une lésion du grand sympathique; mais l'autopsie n'a pas encore donné d'appui à cette opinion.

celle due à la chlorose ; celle dépendant de la goutte et du rhumatisme, plus symptomatique que celles produites par le refroidissement, la fièvre typhoïde. Quant aux paraplégies des enfants, elles sont rangées dans ce mémoire au nombre des idiopathiques, et cependant toutes peuvent affecter l'enfance, ainsi qu'on peut le voir dans le chapitre qui traite de ce sujet.

Encore un côté défectueux de ces divisions : elles ont le désavantage d'obliger à renfermer dans une description commune des maladies différentes dans leurs allures, et contraignent à tracer à part leurs caractères particuliers. Cette manière de procéder expose donc à la fois à des répétitions, à des omissions.

Je le répète : *des causes nombreuses très-diverses donnent naissance aux paraplégies;* la nature de ces causes et leur manière d'agir font varier les symptômes, les lésions quand il en y a, et ce qui importe plus encore, le traitement; elles impriment donc à la maladie une physionomie qui lui est propre.

Pour ces motifs, un sujet qu'il est permis de considérer comme difficile et encore obscur doit être examiné séparément dans chacune de ses parties, et doit être l'objet d'une étude spéciale aussi complète que le comporte leur importance respective.

Voilà pourquoi j'ai rangé ces paraplégies uniquement d'après la cause à laquelle le diagnostic permet de les rattacher, et c'est par le nom de ces causes que je les ai désignées.

J'ai en outre observé un certain ordre dans leur succession. Les cinq premières qui semblent se rapprocher par l'absence de toute lésion appréciable, font un groupe de paraplégies nerveuses ou essentielles. — Les autres sont rangées dans l'ordre de la gravité des lésions, depuis la simple congestion des méninges et de la substance nerveuse jusqu'à la désorganisation que peuvent produire les diverses compressions exercées sur la moelle.

Les paraplégies sont produites par :

1° Les maladies des organes génito-urinaires chez l'homme et chez la femme.
2° La chloro-anémie compliquée d'hystérie.
3° Les pertes sanguines exagérées ou par l'anémie des membres inférieurs.
4° Les fièvres graves, l'irritation gastro-intestinale ; — La pellagre.

5° L'intoxication saturnine et arsenicale.
6° L'impression subite ou prolongée du froid et la diathèse rhumatismale.
7° L'asphyxie.
8° Certaines affections cérébrales.
9° L'enfance (quelques-unes lui sont propres, d'autres rentrent dans celles que renferme cette liste.)
10° Une compression de la moelle par les tumeurs qui se développent dans le canal vertébral ou qui s'y proéminent.

La compression exercée par les fractures, les luxations des vertèbres, les plaies.

Je ne parlerai pas de certaines paraplégies causées par la sidération de la foudre ; elles sont trop rares pour en faire l'étude. Celles qui sont dues à des émotions morales vives et subites, ne seront étudiées que chez les femmes hystériques. L'existence de celles qui peuvent persister après la guérison d'un foyer d'hémorragie ou de ramollissement cérébral étant mise en doute par des hommes d'un grand savoir, je discuterai brièvement la signification de deux exemples de ce genre que nous avons observés.

Souvent la paraplégie incomplète signale le début de la paralysie générale des aliénés, mais celle-ci ne tarde pas à se dévoiler par des symptômes irrécusables ; tels que l'embarras de la parole, le tremblement, les troubles de l'intelligence, etc., et dès lors elle appartient à une affection plus générale et qui sort, croyons-nous, du cadre qui nous est tracé par la question du concours.

CHAPITRE II.

DE LA PARAPLÉGIE PRODUITE PAR LES DÉSORDRES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

« Le développement des paralysies à la suite des maladies « des voies urinaires, est encore aujourd'hui un fait ignoré « d'un grand nombre de médecins. » (V. Rayer, *Maladies des reins*, t. III, p. 168.)

Ce fait que l'un des savants les plus éminents de notre époque déclare être si peu connu, je l'ai choisi, il y a quelques années, pour sujet de thèse. Je me serais gardé, à cette époque, d'aborder une question dont l'étude me semblait au-dessus de mes forces, si je n'avais été encouragé à l'entreprendre par M. Rayer lui-même, dont j'ai été l'élève ; et si je n'avais pas eu de fréquentes occasions de l'observer.

HISTORIQUE.

Malgré des recherches bibliographiques assez minutieuses je n'ai rencontré, dans les livres des siècles passés, qu'un exemple rapporté par Lœlius, à Fonte, et répété plus tard par Lieutaud (liv. I, obs. 63).

N° **1**. — Lœlius, à Fonte, consultation 59, s'exprime de la matière suivante :

« Le très-illustre comte Leonello Chlericato, âgé de cinquante-deux ans, fut pris de fièvre lente continue, avec des paroxysmes le soir. Avant le septième jour, il semble au médecin qui le traitait qu'elle s'apaise; au lieu d'ouvrir la veine, on appliqua des sangsues

à l'anus, et comme les piqûres ne cessaient pas de couler, le sang fut arrêté par un barbier, au moyen d'une poudre irritante mêlée avec du vinaigre; la fièvre augmenta, de larges taches violettes se montrèrent sur tout le corps, *le mouvement et la sensibilité cessèrent dans les cuisses, la miction fut supprimée.* On demande quelle est la nature de la fièvre et ce qu'il faut faire pour la guérir.

Dans sa consultation, Lœlius à Fonte, d'après les symptômes exposés ci-dessus, diagnostiqua une fièvre maligne causée par l'application intempestive de sangsues à l'anus, et la répercussion subite du sang produite par l'emploi de substances irritantes; « car, dit-il, le sang, refoulé subitement de cette partie vers laquelle on l'attirait, a produit une inflammation de mauvaise nature dans les reins, laquelle se communiquant à la moelle épinière, a pu intercepter l'influx des esprits animaux, gagner la vessie par les rameaux de la sixième paire (1) et les nerfs de la moelle épinière; par cette dernière, elle a traversé la région inférieure des lombes, laquelle, acquérant des sensations plus vives, et ressentant, suivant les lois de la nature, les influences pernicieuses, les repousse et les chasse, leur fermant le passage par les nerfs qui se distribuent au bassin et aux cuisses; ces nerfs sortent par les dernières vertèbres lombaires et les trous de l'os sacré et se réunissent presqu'en un seul faisceau pour se porter vers la partie la plus évasée de l'ischion et descendre dans la cuisse. On comprend que les esprits vitaux qui se portent à la moelle épinière et aux régions inférieures se soient dissipés et évanouis. »

Je transcris ici quelques lignes du latin de Lœlius, pour permettre de juger l'exactitude de la traduction, craignant qu'on ne m'attribue l'explication originale qu'il donne.

« Sanguis enim ad partes superiores depulsus, malignam in re-
« nibus inflammationem produxit, quæ spinali medullæ communi-
« cata, potuit spiritum ac virtutis animalis influctionem arcere, quæ

(1) Le pneumogastrique, huitième paire de nos jours, était la sixième de Galien et d'André Vesale qui le fait aller jusqu'à la vessie. « Quod autem « ejus rami reliquum est, subinde in vesicam, et in muliebribus in uteri « fundum dextrà ex parte non nihil cessat : vesica enim et uterus suos quo- « que nervos a dorsali medulla in sacro osse deducta mutuantur..... et post « hanc tertiam sinistro reni exhibet, ac demùm ipsius reliquo sinistram vesicæ « ac fundi uteri sedem interdum amplectitur. A propaginibus in mesente- « rium sparsis, interdum cum seminalibus venis et arteriis surculos ad tes- « tes usque deductos me animadvertisse arbitror. Hujusmodi sexti paris « nervorum cerebri est series. » (A. Vesale, *de Corporis humani fabrica*, liv. IV, chap. IX.) Se basant sur cette considération anatomique, Lœlius explique par quels moyens l'affection du rein a pu agir sur la moelle.

« per propagines nervorum sexti paris, vesicæ impartitur, verum « etiam ex medula spinæ; quæ partes inferiores lumborum traïcit ex- « currit, ut vegetioris sensus compos effecta, ea quæ ex naturæ legi- « bus sibi molesta sunt persentiens, excutiat, atque depellat; iter « etiam præcludit spiritibus, ne fluant per nervos qui ad coxas, et « crura, ex infinis lumborum vertebris, atque ossis sacri quatuor « foraminibus merserunt, omnes fere in unum funiculum conjecti, « parte posteriore, qua coxa amplissimum gerit, in crura protudunt; « imo et humoris repulsi malignitate sentiendum est, copiam spiri- « tuum dissipari, qui ad spinalem et partes infernas delegantur. »

Au bout de quatorze jours, la malade mourut, et, à l'autopsie, on trouva le rein gauche noir : « Dissecto cadavere intelligo renem si- « nistrum compertum esse nigrum, et ab eodem latere etiam spinalem « medullam affectam. »

Laissant de côté l'explication de la paralysie donnée par Lœlius à Fonte, et cette faculté intuitive des nerfs, qui devinent et repoussent l'influence morbide, fermant en même temps le passage à l'influx nerveux, nous voyons dans cette narration une altération du rein, la paraplégie et la rétention d'urine, et de plus nous trouvons indiquée et positivement exprimée l'influence de l'altération du rein sur la moelle et le système nerveux.

2. — Morgagni, dans sa 40e lettre, parle d'un prêtre âgé de cinquante ans, très-goutteux, qui mourut après des convulsions générales.

« Sacerdos annorum quinquaginta, ab annis jam benè multis, « arthriticis digitorum præsertim obnoxius doloribus, tandem et « nephritico est correptus. Vomitus non solum biliosæ materiæ crebro, « sed et semel sanguinis, fuit qui per nares quoque jam sæpe pro- « fluxerat. Posteaquam urina ex pauca ex aquosa, majori copia red- « debatur, cum mucilaginosa atque opaca materia repente convulsivi « totius corporis motus accessere : qui iterum sed vehementius « redeuntes necarunt.

A l'autopsie, on ne trouva pour expliquer les symptômes et la mort que *des calculs dans l'un des reins, et la distension de l'autre par de l'urine.* Ce fait, j'en conviens, ne se rapporte qu'indirectement à mon sujet, puisqu'il n'y a pas eu paraplégie, toutefois je crois devoir le rapporter, pour arriver à dire comment Morgagni explique la réac-

tion du rein sur le cerveau, et par conséquent sur tout le système nerveux. Je transcris sa phrase :

« Concreto jam in renibus calculo, siculi haud raro inde obstacu-
« lum fit lotio, minusque propterea serum inutile e sanguine eli-
« minatur, ita hoc redundare in cerebrum potest. Aut etiam aspe-
« ritas calculi renes interdum vehementius irritando, convulsiones
« toto corpore ciere, atque ideo intra cranium quoque. Utra malueris
« ratione convulsivos motus in proposito sacerdote, mortemque
« ipsam explicare, arbitrium tuum facio : quanquam secundam
« comprobare videtur mictus mucilaginosæ materiæ, cui mictui illa
« successerunt. » (Morgagni, lib. III, lettre 40e.)

« Un calcul dans le rein met obstacle à la sécrétion de l'urine, la sérosité inutile, séparée du sang en moindre quantité, reflue vers le cerveau ; ou bien encore les aspérités du calcul irritant les reins provoquent des convulsions dans toutes les parties du corps et par conséquent dans la cavité du crâne. »

Comme je l'ai dit déjà, Lieutaud et Bonet ont rappelé l'observation de Lœlius à Fonte, mais brièvement et sans y ajouter aucun autre exemple, ni aucune réflexion ; comment se fait-il que pendant trois siècles, l'influence des altérations des organes génito-urinaires sur la production de la paralysie, une fois entrevue, n'ait plus été observée ? Serait-ce que nous nous trompons aujourd'hui, que nous mettons une supposition à la place de la réalité ? Citons des faits, nous les discuterons ensuite.

M. E. Stanley a rassemblé plusieurs cas de paralysie survenue à la suite des maladies des voies urinaires, et notamment de la néphrite sans lésion de la moelle épinière. Elles sont imprimées dans le *London medical transactions*, t. XVIII, p. 260

Les observations relatées par M. Edward Stanley, chirurgien de l'hôpital Saint-Barthélemy, professeur à l'université de Londres, sont au nombre de sept.

Voici le résumé de ce remarquable travail.

3. — Ire OBSERVATION. — La première observation a pour sujet un homme qui entra à l'hôpital Saint-Barthélemy, en 1818, pour une paraplégie, avec rétention d'urine. *Les membres inférieurs avaient*

perdu la faculté de sentir et celle de se mouvoir. La pression sur la troisième vertèbre dorsale causait de la douleur; on diagnostiqua une maladie des vertèbres, et l'on plaça un cautère en ce point. Il s'ensuivit une grande amélioration; le sentiment et le mouvement reparurent en partie, et la rétention d'urine se changea en incontinence. Là se borna l'amélioration; le malade étant mort, la plus minutieuse attention ne put découvrir la moindre altération dans les vertèbres, dans les fibro-cartilages, dans la moelle épinière, dans ses enveloppes; le cerveau et ses membranes étaient sains. Le parenchyme de l'un des reins contenait un grand nombre de petits abcès; l'autre était gorgé de sang, son tissu était ramolli : la membrane muqueuse des uretères et de la vessie était injectée, les parois de ce dernier organe étaient épaissies.

4. — IIe OBSERVATION. — Un homme âgé de 35 ans, fait le sujet de la deuxième observation qui ne rentre pas complétement dans notre adre, car il avait non pas une paraplégie, mais une paralysie incomplète des membres supérieurs et inférieurs existant depuis un mois, pour laquelle il fut admis à l'hôpital Saint-Barthélemy. Il y avait en outre *irritation à la vessie;* l'urine, *chargée d'une matière purulente, ne pouvait pas toujours être expulsée spontanément*. La mort eut lieu au bout de six semaines.

Les deux reins étaient gorgés de sang, l'un deux contenait des petits abcès; la paroi de la vessie était épaisse, la muqueuse injectée. Le cerveau, la moelle, les vertèbres et leurs fibro-cartilages étaient complétement sains.

5. — IIIe OBSERVATION. — Un homme, âgé de 28 ans, fait une chute sur le dos, il en résulte une forte contusion qui cependant paraît, au bout de peu de jours, n'avoir pas laissé de traces. Quelques semaines après, violent exercice, à la suite duquel le corps, couvert de sueur, se trouve exposé à un courant d'air froid; la nuit suivante, douleur vive dans les lombes, dissipée en partie par une saignée locale; *perte progressive du sentiment et du mouvement dans les membres inférieurs;* l'urine s'écoule involontairement, la pression sur la colonne vertébrale augmente la douleur, mais elle n'est point exaspérée par l'application d'une éponge chaude; les symptômes vont en s'aggravant, et le malade meurt.

Un des reins était transformé en une poche remplie de pus; l'autre remfermait plusieurs petits abcès; tout le reste du corps, y compris la moelle, était dans l'intégrité la plus parfaite. L'altération du rein, transformé en une poche remplie de pus, était-elle récente?

6. — IVe OBSERVATION. — Le sujet de cette observation avait, comme le précédent, fait une chute sur les reins; *la paraplégie* qui suivit fut en conséquence regardée comme le résultat d'une myélite. A l'autopsie, on ne trouva qu'une injection des enveloppes de la moelle épinière à la hauteur de la première vertèbre lombaire: la moelle elle-même et le cerveau étaient sains. Il y avait *des abcès dans les deux reins, épaississement de la vessie, engorgement de la prostate.* L'épaississement de la vessie et l'engorgement de la prostate ne pouvaient être récents, ils avaient probablement réagi sur les reins, avant la chute, et y avaient déterminé un état ou tout au moins une disposition inflammatoire qui a rendu plus graves les conséquences de cette chute.

7. — Ve OBSERVATION. — A la suite d'injections faites dans le but de supprimer une gonorrhée violente, un homme de 22 ans *est pris de rétention d'urine et de paraplégie*; vive douleur dans le dos, au niveau de la cinquième vertèbre lombaire, le visage est rouge, grande anxiété, langue chargée, pouls à 120, rapide et dur. Abdomen tendu et tuméfié, douloureux à la région épigastrique, le malade indique du doigt le trajet de la douleur qui de la vessie monte vers le rein gauche et s'étend au rein droit, elle est plus vive au niveau de la cinquième vertèbre lombaire, les membres inférieurs deviennent flasques, les matières fécales sortent involontairement, ainsi que l'urine, celle que l'on extrait avec la sonde est fortement colorée, muqueuse, fétide. (Purgatifs, bains chauds, saignées locales, poudre de Dower.) Une large escarre se forme au sacrum et à la hanche droite, le pouls faiblit, la langue se sèche, l'urine se supprime, et la mort succède au bout de 15 jours.

La moelle et le cerveau sont dans l'état normal. Les reins, augmentés de volume, sont ramollis, ils sont gorgés de sang; de petits abcès en grand nombre sont disséminés dans les substances corticales et tubuleuses, un pus épais remplit les bassinets et les calices. La muqueuse vésicale épaissie, injectée, paraît couverte de lymphe plastique. La vessie est évidemment ici encore le point de départ, mais c'est l'altération du rein qui a frappé d'une stupeur si soudaine le système nerveux et déterminé la paraplégie.

8. — VIe OBSERVATION. — Un homme de 30 ans fut admis à l'hôpital Saint-Barthélemy, pour une gonorrhée avec phimosis, sur son déclin, l'inflammation avait cédé, mais l'écoulement persistait. Trois semaines après, *il est atteint de paraplégie sans cause appréciable : la perte du mouvement était complète; il y avait encore un peu de sentiment*, le malade avait souffert dans les lombes pendant un jour ou

deux, le pouls était à 85 et plein. (Saignées locales, purgatifs.) L'urine s'écoulait involontairement en grande abondance et par regorgement, car la sonde en évacua trois pintes. La mort eut lieu seize heures après l'attaque de paralysie.

Le professeur Stanley, retrouvant dans cette circonstance les symptômes qui avaient frappé son attention chez les sujets dont les histoires viennent d'être racontées, annonça qu'on trouverait les reins malades. *Il y avait bien à la vérité une turgescence vasculaire de la moelle et de ses enveloppes au niveau de la région lombaire, un peu de sérosité, mais cette vascularisation ne pouvait rendre compte de la paraplégie.*

Les reins étaient presque noirs et gorgés de sang; la membrane muqueuse des calices, des bassinets, des uretères et de la vessie était injectée et livide. L'excessive sécrétion de l'urine, coïncidant avec l'afflux considérable de sang, est digne de remarque dans cette observation.

Dans la septième observation, il n'est pas question du tout de paraplégie, mais seulement d'incontinence d'urine et de douleur du dos, aussi je ne l'analyserai pas.

M. Henry Hunt, de Darmouth, que M. Stanley cite comme lui ayant communiqué un des faits qui précèdent, en a observé quatre autres semblables.

Le premier fait rapporté par M. Stanley a été observé par lui en 1818, mais il ne l'a publié que lorsque d'autres sont venus confirmer les présomptions qu'il avait fait naître, et en fournir la démonstration. Par la réunion de ces faits et par les déductions qu'il en a tirées, M. Stanley a démontré une cause de paraplégie jusque-là méconnue, et il a ouvert à l'observation une route nouvelle où sont entrés des hommes éminents, à la suite desquels je m'aventure : M. Stanley a donc, par ce travail, ajouté un titre scientifique à tous ceux qu'il s'était acquis.

Je suis heureux de trouver cette occasion de dire un mot à sa louange et de le remercier de l'accueil si plein d'affection qu'il a fait, il y a dix ans, au fils de mon père, comme disait Gil Blas.

M. Robert Graves (1) a depuis M. Stanley observé quelques cas de paralysie sans lésion de la moelle, causée par l'altération de certains organes.

Il fait observer que dans les faits de M. Stanley, le pus trouvé dans la substance du rein sous la muqueuse des calices de l'infundibulum et du bassinet n'est pas la cause de la paraplégie ; il est, comme elle, le produit de l'inflammation. Dans un cas la paralysie était complète, l'inflammation n'était pas arrivée à la période de suppuration.

Cette objection n'est pas sérieuse, les exemples rassemblés à la suite le démontrent amplement. M. Stanley a noté la présence du pus dans les reins sans lui attribuer la production de la paralysie (M. Graves aurait pu se convaincre s'il avait eu connaissance des faits rapportés par M. Rayer), que différents états du rein coïncident avec des troubles nerveux ; et que la néphrite aiguë au début, avec congestion et hypérémie, est suivie de paraplégie, aussi bien que lorsque les abcès du parenchyme se sont formés. Cependant le pus ou plutôt l'urine purulente, sans la néphrite chronique, comme nous l'avons observé bien des fois, est la cause ordinaire de paraplégie ; car c'est à son contact qu'il faut attribuer la néphrite chronique. (Voir plus loin, pages 229 et suivantes.)

M. Graves rapporte un exemple de rétention d'urine suivie de paraplégie, je l'ai transcrite au n° 22 de ce chapitre. Il a vu aussi la gastro-entérite et certaines formes de fièvres entraîner la paraplégie. J'ai reproduit et commenté ce qu'il a dit à ce sujet, dans le chapitre qui traite de cette question ; ses observations sont fort intéressantes.

Dans son Traité des maladies des reins, M. Rayer relate cinq cas de paraplégie consécutive à des lésions des organes urinaires. Là, pour la première fois, on peut suivre la marche de la maladie, jour pour jour, et les variations dans la nature de l'urine, avec cette précision que les études modernes et les

(1) Robert Graves : *Klinical lectures on practice of medecine*. Edit. by doctor Néligan.

moyens d'analyse chimique et microscopique ont mis à la disposition des médecins.

M. Rayer commence, avant de citer les faits tirés de la pratique, par en rapporter un traduit de l'allemand, observé par M. Ammon.

9. — Un jeune homme, à la suite d'une maladie inflammatoire du tube intestinal, souffrait tantôt d'une constipation opiniâtre, tantôt d'un pissement de sang. Plus tard, l'urine devint alternativement sanguinolente et d'un jaune paille, mais épaisse. Vers la fin de sa vie, ce malade ressentit des douleurs très-violentes qui se répandaient dans la jambe gauche; les extrémités inférieures étaient paralysées. On trouva le rein gauche très-volumineux, et représentant une masse lardacée, parsemée de nombreux tubercules (*der Preuss medicinische Zeitung*, 1836, nº 6.)

10. — *Néphrite, kyste du rein, cystite, paraplégie, autopsie.*

Un seul des cinq malades traités par M. Rayer a succombé; c'était un femme âgée de 50 ans, qui depuis trois ans avait cessé d'être réglée et qui disait n'avoir jamais éprouvé que des migraines jusqu'au 9 janvier 1839, époque de l'invasion subite de la maladie.

Seulement et c'est là un antécédent qu'il importe de noter, cette femm avait eu, vingt-trois ans auparavant, un accouchement laborieux, qui avait nécessité l'emploi du forceps; depuis cette époque, elle avait eu souvent de la difficulté à uriner. Je vais transcrire comme spécimen la relation des symptômes de la maladie.

« Le 9 janvier, à 8 heures du matin, elle jouissait d'une santé parfaite, lorsqu'elle ressentit tout à coup une douleur très-vive dans toute la longueur de l'épine du dos, et surtout au niveau des premières vertèbres dorsales. Elle éprouva en même temps un violent étourdissement, accompagné de rougeur à la face. Une frayeur subite s'empara d'elle, et une constriction douloureuse se fit sentir aux régions frontale et temporale; cependant elle ne perdit pas connaissance; *au même instant, une faiblesse remarquable se manifesta dans les membres inférieurs, et surtout dans la jambe droite; elle fut obligée, pour éviter une chute, de prendre un appui sur un meuble*, et elle eut beaucoup de peine à se mettre au lit. »

« Les deux bras conservèrent la liberté des mouvements. Elle eut aussi des vomissements très-abondants. Elle se trouva mieux lors-

qu'elle se fut couchée, mais la douleur dans les reins continua et prit même plus d'intensité; *des fourmillements dans les jambes*, qui avaient précédé l'invasion de ces divers symptômes, continuèrent et furent remplacés par une douleur assez aiguë. Cette femme passa ainsi tout le jour sans recevoir de secours; à dix heures du soir, un médecin fit une large saignée. La nuit fut assez calme, le sommeil fut interrompu par des envies fréquentes d'uriner, qui ne pouvaient être satisfaites. Déjà vingt-quatre heures avant cette attaque, elle n'avait pu rendre ses urines.

« Le 10, même état, suppression complète de l'excrétion des urines et des matières fécales; point de selles depuis trois jours. Le soir, à 6 heures, à son entrée à la Charité, elle était dans l'état suivant :

« Visage pâle, air de souffrance, décubitus dorsal; tous les mouvements du corps, si on excepte ceux des membres supérieurs, provoquent de la douleur, surtout à la partie postérieure du tronc; la sensibilité des membres inférieurs est obtuse; dans le membre inférieur droit, la paralysie du mouvement et du sentiment est presque complète. La malade ne peut se soulever, et il faut la pincer très-fortement pour éveiller la sensibilité de la peau, le membre inférieur gauche peut encore se mouvoir, mais avec peine; la peau est aussi un peu plus sensible de ce côté, la vessie est distendue par l'urine; j'en retirai plus d'une pinte et demie.

« L'urine est ammoniacale et bleuit le papier de tournesol, rougi par un acide; elle contient beaucoup de globules muqueux ou purulents. La pression cause de la douleur, non-seulement dans les deux régions lombaires, mais sur une grande surface du dos et sur les parties latérales du rachis. Il n'y a point de déviation, ni de déformation apparente de la colonne vertébrale.

« La langue est humide, un peu rouge à sa pointe; soif assez vive; constipation dépendant, selon toute apparence, de la paralysie du rectum; des envies de vomir et des vomissements de matières glaireuses ont lieu dans la soirée. Les mouvements de la poitrine sont faciles; elle résonne naturellement dans toute son étendue, à la percussion; l'expansion pulmonaire se fait sans râle.

« Le pouls, petit et serré, bat 105 fois par minute.... »

Malgré la médication la plus énergique, malgré trois saignées, trois applications de ventouses scarifiées, de nombreux vésicatoires sur le trajet des muscles sacro-lombaires, les symptômes précités allèrent en augmentant de gravité, et la malade mourut le douzième jour après l'invasion.

A l'autopsie, on trouva le cerveau et ses membranes, *la moelle et les méninges rachidiennes, dans un état de parfaite intégrité.* L'examen le

plus attentif n'a fait reconnaître aucune altération de consistance ou de coloration dans l'encéphale ni dans les cordons de la moelle épinière, les nerfs sont sains à leur origine; le liquide céphalo-rachidien est en quantité normale, ses caractères sont naturels.

La vessie est large et distendue par l'urine; les parois en sont épaissies; sur le trigone vésical, la membrane muqueuse a une teinte bleuâtre ardoisée très-prononcée; elle est parcourue par un grand nombre de veines variqueuses, gorgées de sang, et qui convergent vers le col de la vessie.

Autour de cette surface triangulaire commence une fausse membrane jaune, épaisse, adhérente, qui recouvre presque toute la membrane muqueuse de la vessie, à l'exception de sa face antérieure, qui est parcourue par un grand nombre de vaisseaux.

Le rein droit, qui correspondait au membre complétement paralysé, présente tous les caractères de la néphrite aiguë; il existe sur ses faces antérieures et postérieures un grand nombre d'arborisations et une multitude de petits points purulents, jaunes, isolés dans quelques places, réunis dans d'autres en petits groupes de 4 à 6 lignes de diamètre; la teinte jaune produite par ces dépôts de pus est interrompue par des stries rouges. Ces plaques purulentes font une légère saillie au-dessus du niveau de la substance corticale voisine, et il y a en outre quelques dépressions à la surface du rein, et plusieurs petits kystes dans son épaisseur. Le bassinet offre une vive injection rouge à l'angle supérieure de la scissure rénale, où l'on trouve, sous la membrane muqueuse du bassinet, une petite collection de pus; la membrane fibreuse ou externe du rein ne peut être détachée d'une seule pièce, comme dans l'état sain; elle est fortement adhérente et se déchire même par une légère traction.

Le rein gauche présente une légère teinte ardoisée, et sa surface antérieure des dépressions et des élevures lui donnent un aspect mamelonné. Plusieurs sections faites dans la substance corticale montrent une coloration bleuâtre et des arborisations vasculaires assez fines; le tissu des mamelons et celui de la couche corticale, plus denses que dans l'état naturel, offrent une dureté et une résistance insolites qu'on observe souvent dans la néphrite chronique.

Dans l'épaisseur de ce rein, et à sa surface, on rencontre de petits kystes remplis d'une sérosité jaunâtre; le bassinet est légèrement injecté.

Pour ne pas interrompre la série des autopsies, je renvoie plus loin les autres observations contenues dans le livre de M. Rayer.

11. — *Calculs vésicaux, tuméfaction de la prostate. — Néphrite. Paraplégie. — Autopsie.*

Le professur Sanson avait, depuis plusieurs années, un suintement urétral-chronique pour lequel des cautérisations furent pratiquées sur le col de la vessie et la région prostatique. Elles supprimèrent le suintement, mais elles développèrent probablement un gonflement de ces parties, car l'évacuation de l'urine ne se fit plus qu'imparfaitement. Sanson dut introduire la sonde deux fois par jour pour la compléter. Cet état durait depuis un an, lorsque, dans le but de réprimer ce gonflement, de grosses sondes d'étain dites de Mayor, furent introduites et laissées en place un quart d'heure ; la rétention devint complète, et pendant les quatre ans qui s'écoulèrent jusqu'à sa mort, Sanson ne put expulser une goutte d'urine sans le secours de la sonde. Il en faisait usage depuis six mois environ, lorsque son urine devint trouble : bientôt le mouvement de la voiture lui fut pénible, il souffrait après avoir vidé sa vessie ; enfin, en introduisant ou plutôt en retirant la sonde en gomme dont il faisait habituellement usage, il sentit à plusieurs reprises un grattement qui ne lui laissa pas de doute sur l'existence d'une pierre.

Sanson se confia aux soins de mon père, M. Le Roy d'Étiolles, qui écrasa un calcul de 14 lignes de diamètre, dont il retira immédiatement les débris avec le brise-pierre à cuillers ; on ne pouvait compter sur l'expulsion spontanée du détritus, puisque la rétention d'urine était complète ; il fallut quatre séances pour débarrasser la vessie, l'instrument ne pouvait être introduit plus de quatre ou cinq fois à cause de la grande irritabilité des organes. Le calcul était un phosphate ammoniaco-magnésien, comme le sont les calculs de formation secondaire.

Sanson reprit ses occupations, son service à la Pitié, et chaque soir, ses affaires terminées, il se rendait à sa campagne, située à Nogent-sur-Marne, distant de trois lieues, pour n'en revenir que le lendemain matin ; il ne ressentait nulle douleur, et son urine était redevenue presque limpide, sauf un léger nuage. Cela dura un an à peu près.

J'insiste sur cette circonstance, parce que, à la mort de Sanson, qui eut lieu le 2 août 1841, c'est-à-dire deux ans après l'opération, on trouva dans sa vessie deux pierres formées également de phosphate ammoniaco-magnésien, et parce que, dans un discours de rentrée de la Faculté, un professeur a donné à entendre, le croyant sans doute lui-même, que ces deux calculs dataient de l'origine de la maladie ; ce que la cessation complète de tout symptôme, pendant un temps

aussi long, ne permet pas de supposer. Un chirurgien aussi habile que Sanson, se sondant quatre ou cinq fois par jour, ne s'y serait point trompé. On sait, d'une autre part, avec quelle rapidité se forment les calculs de cette composition.

Au mois de juin 1840, Sanson se plaignit d'engourdissement et de fourmillement douloureux à la région fessière : *en quelques jours une paraplégie presque complète et avec rigidité se déclara.* M. le professeur Cruveilhier fut appelé à cette époque, avec M. Rayer, pour lui donner des soins. A la première visite, le malade se tenait encore debout; à la seconde, cela lui était impossible....

M. Cruveilhier dans son livre d'*Anatomie pathologique du corps humain*, en relatant l'observation du professeur Sanson, s'exprime ainsi :

« *Nous ne pouvions méconnaître, M. Rayer et moi, l'importance de la coïncidence d'une maladie des voies urinaires et de la paraplégie, coïncidence sur laquelle M. Stanley a, un des premiers, fixé l'attention d'une manière spéciale ; j'avais moi-même dans mon service un homme affecté de maladies des reins, qui venait d'être pris d'une anesthésie complète.* »

J'ai de même pris dans M. Cruveilhier les détails qui suivent :

La colonne vertébrale, examinée avec le plus grand soin, ne présente aucune déviation; une forte pression ou la percussion pratiquée au niveau des deuxième, troisième, quatrième, cinquième vertèbres dorsales, sur le sommet des apophyses épineuses, déterminent une sensibilité très-prononcée; ce symptôme n'est pas constant; la paraplégie une fois consommée, l'état du malade resta stationnaire.

Paralysie complète du sentiment dans les membres inférieurs et à la peau des parois thoraciques et abdominales, jusqu'au niveau des mamelons; flexion permanente avec rigidité des membres inférieurs; il faut exercer un très-grand effort pour étendre les membres qui reprennent brusquement leur position fléchie lorsqu'on les abandonne à eux-mêmes. Secousses convulsives, brusques, énergiques et très-fréquentes dans ces membres; ces secousses surviennent spontanément, mais elles sont également provoquées par le chatouillement, par le pincement, bien que le malade n'ait pas conscience de ces divers modes de stimulation.

Plusieurs moxas furent successivement appliqués de chaque côté

de la colonne vertébrale, au niveau de la région douloureuse; on eut recours aux ventouses tantôt sèches, tantôt scarifiées, aux frictions, aux diverses mixtures, entre autres la pommade phosphorée.

Des douches sulfureuses, des douches de vapeur sur la colonne vertébrale, furent successivement employées.

Un état nerveux général, l'insomnie, des souffrances intolérables de position, ont obligé d'avoir recours aux opiacés à l'intérieur et à l'extérieur; l'hydrochlorate de morphine par la méthode endermique, dont la dose fut graduellement augmentée.

De fréquentes crises d'estomac, avec fièvre vive, tension épigastrique, étouffement, explosion d'une énorme quantité de gaz, furent provoquées par de petits écarts de régime; le malade se sondait lui-même trois fois par jour, et les urines, d'abord catarrhales, au point de contenir un quart de mucus purulent, devinrent limpides et restèrent ainsi jusqu'à la fin.

Une escarre d'une largeur considérable se forma au sacrum, on fut assez heureux pour la guérir et en prévenir le retour.

Quatorze mois se passèrent dans cet état. La tête était parfaitement libre, mais Sanson ne pouvait s'occuper sans fatigue. Tous les jours on le portait sur un fauteuil, et il était obligé de prendre un point d'appui avec ses coudes sur les bras du fauteuil, sans quoi il lui semblait que son corps se ployait en deux. Les deux membres inférieurs ont conservé la rigidité jusqu'à la fin, les talons étaient appliqués contre les fesses, en sorte que pour le placer sur le fauteuil il fallait étendre préalablement les jambes sur les cuisses et les maintenir violemment dans cette attitude.

Au mois d'août 1841, la fin de cet habile chirurgien fut amenée en quatre jours par une dyssenterie.

A l'ouverture, qui fut faite par M. Pigné, en présence de MM. Chomel, Cruveilhier, Rayer et de M. Le Roy d'Étiolles, père, on trouva les altérations suivantes :

La vessie contenait deux pierres. La prostate, un peu plus volumineuse qu'à l'état normal, était transformée en tissu très-dense, fibreux, qui ne conservait aucune trace de la structure primitive. La membrane interne de la vessie était injectée.

Il y avait du pus dans le bassinet et les calices, et rougeur très-vive à leur surface interne. Les reins étaient granuleux, un peu plus adhérents que de coutume à leur membrane propre, et injectés çà et là à leur surface.

Les organes digestifs ont présenté pour toute altération une inflammation de la muqueuse du gros intestin. Le foie contenait une tu-

meur encéphaloïde du volume d'une noix, et plusieurs granulations bleuâtres.

Les vertèbres étaient parfaitement saines, la moelle n'était nullement lésée dans son tissu.

12. — *Cystite chronique. — Pyelo-Néphrite des deux côtés. Paraplégie. — Autopsie.*

J'ai suivi le malade qui fait le sujet de cette observation, avec mon ami, M. Nicase, interne du service de M. Gerdy. Plus tard M. Rayer l'a reçu dans ses salles.

Charité. — Service de M. le prof. Gerdy, salle Saint-Jean, 36, puis 18. Le 10 avril 1851, Perrin Valentin, 43 ans, journalier, entre à l'hôpital. Cet homme a été militaire, il a toujours joui d'une bonne santé. Il n'a jamais fait excès de femme (il n'en a pas vu depuis un an), il n'a eu ni chancre, ni chaudepisse. Il aime boire et, depuis quatre mois, il buvait chaque jour trois à quatre *verres d'eau-de-vie ;* il ne faisait plus usage de vin.

A la fin d'octobre 1851, cet homme commence à sentir de la douleur en urinant, et le besoin est fréquent. Il cesse toute boisson alcoolique en excès, et pourtant le mal va croissant. Des accès de frissons se manifestent presque chaque jour, avec du malaise et un peu de fièvre, il continue malgré cela ses travaux ; mais aussi le besoin d'uriner est plus fréquent, surtout pendant la marche, les urines ne peuvent être gardées un quart d'heure. Le malade ne peut commander au besoin, il doit lui céder dès qu'il se fait sentir. L'émission est douloureuse, courte, fréquente, faible dans son jet, qui prend la forme lozangique ; il urine à ses pieds. Il n'y a pas d'incontinence dans le jour, mais la nuit, sitôt que le malade s'endort, l'urine s'écoule. De là une insomnie pénible. La défécation a lieu régulièrement et sans douleur. Le malade ne souffre ni aux régions rénales, ni aux régions lombaires, mais il souffre parfois au bas-ventre et aux aînes. Les urines sont blanches, épaisses, avec abondant dépôt muqueux. Elles deviennent un peu rouges par la marche, même sans fatigue.

Le malade est d'une constitution musculaire assez développée, il porte plusieurs blessures reçues au service, et sa main gauche a été bizarrement traversée par une balle.

A son entrée on le sonde. On n'entre dans la vessie qu'avec beaucoup de peine, après déchirure de la muqueuse. (Bains de siége, cataplasmes.) Écoulement de sang, douleurs vives.

Je l'ai sondé. Il me semble que la sonde dévie un peu à droite.

Le toucher rectal est pénible, quand on comprime en avant contre le pubis le bas-fond de la vessie, la prostate ne paraît pas tuméfiée. Le toucher hypogastrique est moins douloureux.

M. Gerdy l'a sondé sans trouver d'obstacle.

Les urines sont blanches, avec dépôt muqueux (mucus épithélium, quelquefois globules de pus). (Bains, graine de lin deux pots) une portion. On continue ainsi jusqu'au 15 avril. L'émission est moins pénible, mais aussi fréquente. L'urine est plus claire. Cependant toujours un dépôt muqueux. La miction n'est douloureuse qu'à la fin.

Le 25 avril, on donne au malade de 1650 gr. tisane graine de lin par jour. Le malade rend en moyenne 1834 gr. d'urine. (La température étant environ 13-15° centigrade.) Seulement un peu d'amélioration.

(La nourriture est bœuf, soupe grasse, lait, épinards, lentilles, purée de pois, compote de pommes, salsifis.)

26 avril, on donne 1650 gr. tisane graine de lin (à sec un gr. nitre.) Le malade urine en moyenne 2019. La température est en moyenne 14-16° centig.)

Il y a amélioration après cette boisson.

Constipation. Eau de Sedlitz.

Hématurie légère à la suite d'un peu de fatigue.

L'urine est briquetée, et après le repos elle devient blanche et dépose moins ; le malade ne souffre presque plus, la fréquence est toujours la même.

On cesse toute tisane (et l'on donne du lait, l'urine redevient trouble. Douleurs en urinant, vésicatoire à l'hypogastre).

25 mai — Statu quo. Aucune amélioration sensible.

30 mai — 50 centig. de poudre de Scille.

Le malade urine un peu davantage, mais toujours les mêmes symptômes.

Je l'ai sondé, nulle difficulté au cathétérisme qui est douloureux surtout au voisinage du col de la vessie.

Il sort en cet état.

Ce malade rentre à l'hôpital le 9 octobre 1852, pour de la dysurie, amenée par suite d'excès de boisson. (Douleur de la pression hypogastrique.)

Le cathétérisme est facile jusqu'à la portion membraneuse de l'urètre. Là commence la difficulté, elle va en augmentant jusqu'au col de la vessie, la muqueuse saigne un peu. On arrive dans une vessie petite, sensible, contenant peu de liquide.

La miction, en effet, est très-fréquente, surtout la nuit, et pendant le sommeil, de sorte que le repos est rare. Chaque fois que le malade urine, des douleurs atroces « *comme si le feu avait passé,* » se font sentir dans l'urètre et au gland ; l'urine est muco-purulente, avec flocons épais, filants, son odeur est ammoniacale. Ces symptômes s'accompagnent bientôt des suivants : fièvre purulente ; frissons dans l'après-midi, sueurs pendant lesquelles le malade se plaint de froid, puis de chaleur ; pouls dépressible, petit ; peau terreuse ; face grippée, maigre; jaune ; amaigrissement général ; légère teinte ictérique des sclérotiques ; inappétence, soif, langue humide, pas de diarrhée ni de constipation.

Outre les troubles nerveux d'accès fébriles intermittents, *des fourmillements se font sentir dans les membres inférieurs,* gênent beaucoup le malade sans atteindre la souffrance. Ces chatouillements ne s'accompagnent d'aucune douleur dans la colonne vertébrale ; il y a une *légère paralysie du mouvement*, la sensibilité est intacte, le malade a perdu la finesse de l'ouïe, par suite de l'affaissement général.

Du 15 octobre au 20 novembre, on donne de l'essence de térébenthine jusqu'à 60 centig.

On essaie dans la vessie des injections émollientes, mais, après l'introduction de quelques gouttes, le malade accuse une si vive souffrance, qu'on est obligé de s'arrêter et de cesser. Souffrance plus grande.

25 novembre, on donne 1 gr., 1 gr. 50 centig. de sulfate de quinine, qui produit peu d'effet. Du vin de quinine, 150 gr. (6 heures, matin et soir.)

3 décembre. — On abandonne le sulfate de quinine.

15 décembre. — Le malade s'affaisse visiblement, la maigreur augmente, la face est altérée, l'appétit presque nul ; l'état fébrile est presque continuel, le pouls est petit, 106 pulsations. L'urine est foncée, elle dépose abondamment, elle est alcaline, ne contient pas d'albumine. *Le mouvement est plus faible dans le membre pelvien gauche ;* la sensibilité est un peu émoussée.

Le 23 décembre. — Ce malade passe dans le service de M. Rayer, salle Saint-Michel, 33.

Le 24 décembre. — M. Rayer fait lever ce malade, il marche à petits pas en trébuchant, se tient à peine sur la jambe droite deux secondes, la gauche fléchit dès qu'elle est le seul soutien du corps. (Bains sulfureux, potion gommeuse, avec térébenthine, 10 gouttes.)

Le 26 décembre. — La face est jaune, altérée, la langue cependant humide; à son point de vue, le patient se trouve mieux : l'urine est plus trouble que jamais ; examinée aussitôt rendue, elle est acide, quelques jours auparavant elle était alcaline.

29 décembre. — Le malade est bien affaissé, il est cependant content de son état; l'urine est très-purulente, elle est cependant acide.

Le 4 janvier 1853, mort à 5 heures du soir.

L'autopsie a été faite en ma présence, avec le plus grand soin, par M. le Dr Leudet, interne du service, qui jouit d'une réputation méritée d'observateur érudit et patient, cette observation jouit donc de toute l'authenticité désirable. Voici ce que nous avons trouvé :

Autopsie faite 40 heures après la mort.

Ouverture de la cavité péritonéale. — Ecoulement d'un liquide jaunâtre, avec flocons pseudo-membraneux qui se trouvent en plus grand nombre à la surface des circonvolutions intestinales; rougeur superficielle pointillée de la surface péritonéale, viscérale et pariétale sur un fond grisâtre.

Rein droit, — (hauteur 0, 13 centimètres, largeur 7 cent. 1/2, épaisseur 3 1/2.)

Surface d'un gris rose dans certains endroits, noirâtre dans d'autres : bosselures irrégulières, fluctuantes, jaunâtres, transparentes, consistance flasque d'un organe à moitié rempli de pus.

A l'intérieur. — Dilatation considérable des calices et du bassinet, dont la membrane interne est blanche et mamelonnée, avec de petits points rouges fins, elle a environ deux millimètres d'épaisseur. Les calices dilatés forment deux grandes cavités communiquant avec le bassinet.

La substance rénale est blanchâtre rosée, ferme, sans granulation, parsemée de petits abcès dont plusieurs sont même contenus dans le parenchyme sans communication dans les calices. L'uretère droit est très-volumineux, lorsqu'il a été séparé par une incision, une grande quantité de pus jaune s'est échappée.

Rein gauche. — Surface extérieure se séparant facilement de la membrane fibreuse, moins décolorée, moins de bosselures qu'on sent à travers le tissu.

A l'intérieur. — Les surfaces des uretères, des calices, du bassinet est plus lisse, la membrane est moins épaisse, n'a qu'un millimètre au plus. Ramification des calices légèrement dilatés. Plusieurs petits abcès dans le parenchyme de l'organe ; tissu un peu décoloré, mais uniformément.

Urètre. — Pas de rétrécissement, prostate un peu volumineuse, pas d'obstacle visible, pas de bourrelet.

Vessie. — Petite, circonférence latérale interne 10 centimètres 1/2, hauteur 5 centimètres, surface très-irrégulière, colonnes charnues hypertrophiées, interceptant au bas-fond des cloaques qui communi-

quent avec le péritoine sur une surface en crible de 2 centimètres 1/2 de large, sur 3 centimètres 1/2 de hauteur. Quelques-unes de ces fistules glissent sous le péritoine jusqu'auprès du rectum.

La muqueuse qui existe par lambeaux seulement est tomenteuse et manque au bas-fond au niveau des fistules.

Epaississement du tissu cellulaire, la paroi qui avoisine le sommet n'a pas moins de 12 millimètres d'épaisseur.

Le *rectum* est sain, aucune de ces fistules ne communique avec lui.

Les *testicules* sont sains aussi.

Le *foie* un peu petit, pâle, recouvert de fausses membranes molles, non adhérentes, à l'intérieur peu coloré.

Vésicule pleine d'un liquide clair non visqueux, jaune verdâtre.

Rate normale, quelques fausses membranes vascularisées.

Veines rénales saines.

Poumons volumineux, angoués en arrière et à la base.

Cœur normal.

Cerveau. — Vaisseaux des méninges congestionnés, une coupe montre que la pulpe est légèrement piquetée. Liquide transparent, en quantité naturelle; nulle part de ramollissement ou d'abcès.

Canal rachidien. — Liquide peu abondant, transparent; vascularisation des méninges à peine marquée.

Moelle. — Aucun ramollissement, aucun changement de couleur nulle part.

15. — *Urétrite. — Pertes séminales. — Rétention d'urine. — Paraplégie commençante. — Mort. — Autopsie. — Aucune altération dans la moelle. — Grâves désordres des reins, des uretères, de la vessie.*

J'ai suivi le malade dont je rapporte l'histoire avec mes amis MM. Nicase et Canuet, internes du service.

Hopital de la Charité. — Service de M. Gerdy. — Salle Saint-Jean. — 22 septembre 1852, est entré Potemain, âgé de 42 ans, brunisseur de porcelaine.

La figure de cet homme est terreuse, amaigrie, fatiguée par une maladie chronique. Intelligence faible, prostration.

Il répond mal aux questions qu'on lui pose. Il a eu une urétrite simple, sans chancre ni bubon. Il a été très-sobre des plaisirs vénériens, et ne s'est marié que vers l'âge de 35 ans, avec une femme plus âgée que lui de dix années. Il n'a pas eu d'enfants. Il y a eu quelques

pertes séminales nocturnes. Il ne dit rien de précis sur les fonctions urinaires ; seulement, il y a environ deux mois, il fut pris de rétention d'urine et de constipation qui l'engagèrent à aller à l'Hôtel-Dieu, on l'y a sondé sans rencontrer d'obstacle.

Après un séjour de 15 jours à trois semaines, le malade a quitté l'Hôtel-Dieu; il urinait assez facilement.

Pendant son séjour chez lui, il a été pris de faiblesse dans les membres inférieurs *telle, qu'il ne marchait plus qu'en tremblant*, puis survint une incontinence d'urine et une diarrhée incessante. Ces symptômes d'abord légers s'accroissant, et le malade ne *pouvant plus se soutenir*, est apporté à la salle Saint-Jean.

Du 22 septembre, jour de son entrée, au 25, on peut tirer quelques renseignements de ce malade, il remue difficilement les jambes dans son lit, et ne peut les porter au dehors; un urinoir est placé entre ses jambes. La sensibilité est émoussée notablement, et partout également.

Du 25 au 30, jour de sa mort, ce malade reste dans un état complet d'adynamie, analogue à la dernière période d'une infection purulente (fièvre hectique, frissons intermittents, pouls petit, vif, puis affaissement de l'intelligence, face sillonnée de lignes terreuses, langue sèche et fendue) urine purulente, mucus filant abondant. Incontinence d'urine et de matières fécales.

Le 30, le malade meurt dans une sorte d'insensibilité.

Voulant me procurer sur les antécédents de ce malade des détails plus précis, je me rendis auprès de sa femme qui m'apprit que *depuis longues années il urinait difficilement, fréquemment, et que le liquide était trouble et s'attachait au vase.*

MM. Nicase et Canuet, ont fait l'autopsie, et je n'ai vu que le lendemain les organes qu'ils avaient fait mettre de côté pour que je puisse les examiner. Voici le RÉSULTAT de leurs observations.

Autopsie. — Péritonite partielle, sus-vésicale ; en cet endroit poche purulente.

La vessie ouverte est très-épaisse, très-dure, elle renferme de petits abcès diffus dans ses parois. La muqueuse est fongueuse, grisâtre ; la prostate est un peu volumineuse.

Les *uretères* sont gros comme le petit doigt, ils renferment du pus, qui, par la pression, reflue vers la vessie.

Les *reins* sont un peu rouges à l'extérieur. Il y a dans l'intérieur quelques abcès rares disséminés, le plus gros a le volume d'un pois. Le gauche est décoloré, grisâtre, dur, criant sous le scalpel. Dans les deux organes il y a du pus dans les calices et les bassinets qui sont

distendus. La muqueuse est grise, villeuse et épaissie, très-peu adhérente et celluleuse.

Le tube intestinal est injecté. Congestion arborescente de toute la muqueuse du rectum.

Le *canal rachidien*, ouvert dans toute sa longueur, ne présente rien qui attire l'attention; la corde spinale est enlevée, les membranes sont saines; fendues, elles laissent voir la moelle dont la couleur est naturelle; sa densité est la même dans toute sa longueur. Une incision longitudinale antéro-postérieure, montre que la texture profonde n'est pas plus changée que l'extérieure.

Rien dans le cerveau.

L'observation suivante recueillie par MM. Charcot et Vulpian (1) est des plus remarquables, elle a été prise avec le plus grand soin; sa longueur ne m'a pas permis de la rapporter en entier. La paraplegie ne s'étant montrée que dans la première période de la maladie, le canal rachidien n'a pas été ouvert.

14. — *Femme d'une constitution scrofuleuse, ayant des glandes suppurées au cou, chez laquelle il est survenu une pyelo-néphrite double, avec paraplégie passagère. — Mort. — Autopsie. — Distension énorme du rein droit, de ce côté l'orifice de l'uretère est oblitéré par deux calculs. — Communication de la tumeur purulente formée par l'organe avec le côlon dans lequel le liquide s'épanche. — Lésion analogue du rein gauche, mais moins avancée.*

La nommée Mayer (Joséphine), âgée de 19 ans, entre à l'hôpital de la Charité, dans la salle Sainte-Anne, au n° 22, le 24 décembre 1852.

Cette malade se rappelle qu'elle a eu, dans sa première jeunesse, de nombreuses glandes au cou, et qu'elles n'ont disparu qu'à l'âge où ses règles se sont établies; quelques-unes ont suppuré...Son père et sa mère sont morts du choléra en 1849; elle a un frère et une sœur qui sont bien portants. A l'âge de 11 ans, elle a ressenti des maux de tête assez violents; elle était sujette à des étourdissements; de plus, elle devint très-pâle et très-faible, mais elle ne toussait pas. Ses règles parurent à 14 ans et demi pour la première fois, et après un intervalle de deux mois elles devinrent régulières. Une amélioration très-sen-

(1) *Gazette médicale*, 1854, n° 8, 25 février.

sible de la constitution de la malade a coïncidé avec l'apparition de la menstruation. A la suite d'une peur les règles se supprimèrent pendant neuf mois, puis se montrèrent de nouveau à l'âge de 16 ans...

... Vers le mois de février 1852, elle s'aperçut *pour la première fois de douleurs assez fortes à la région lombaire, de picotements dans les jambes, mais surtout dans la jambe droite, et d'une faiblesse très-grande qui l'empêchait de se tenir debout. Ses douleurs de la région lombaire étaient beaucoup plus vives du côté droit que du côté gauche; elle vomissait quelquefois.*

Ces différents phénomènes devinrent de plus en plus prononcés pendant le mois de mars; la malade fut bientôt obligée de quitter son travail et d'entrer à l'hôpital. C'est à l'hôpital de la Charité, et dans la même salle Sainte-Anne, qu'elle entra cette première fois, le 8 avril 1852. *A cette époque, elle n'avait remarqué aucun trouble du côté des voies urinaires* (1) : elle urinait tout à fait comme avant sa maladie.

Pendant les premières semaines de son séjour à l'hôpital, son état ne s'améliora pas ; *elle était toujours tourmentée des mêmes douleurs à la région lombaire droite, avec des exacerbations pendant lesquelles elles se propageaient à la région inguinale droite ;* elle vomissait souvent, même sans avoir mangé; enfin elle avait quelquefois le dévoiement.

La malade fut traitée par l'iodure de potassium. Elle resta à l'hôpital jusqu'au 18 juillet, et lorsqu'elle sortit, elle se trouva dans un état d'amélioration assez grande pour pouvoir reprendre son travail. Elle se tenait très-bien sur ses jambes, avait pris un peu d'embonpoint et ne sentait plus aucune douleur.

Pendant trois mois elle put se croire guérie ; mais au mois de novembre, elle perdit son appétit, s'amaigrit; elle éprouva derechef des douleurs plus vives que lors de sa première entrée à l'hôpital. *Ces douleurs, limitées au côté droit, commençaient à la région lombaire de la colonne vertébrale, s'étendaient de dedans en dehors* à la partie antérieure du flanc droit et descendaient jusqu'à l'aine; de là elles gagnaient la partie antérieure et interne de la cuisse droite, et étaient accompagnées de crampes et d'engourdissements dans toute la longueur de la jambe. A cette époque, elle souffrait quand elle urinait, et quand elle avait cessé d'uriner, la douleur de l'aine était beaucoup plus vive; quelquefois le jet d'urine s'arrêtait pendant quelques mo-

(1) Il est bon de faire remarquer que si aucun trouble apparent des fonctions urinaires ne s'était manifesté, cependant une altération des organes existait déjà, car de vives douleurs de la région lombaire avaient deux mois auparavant attiré l'attention de la malade, douleurs intenses surtout du côté droit, siége, comme le montra l'autopsie, de la lésion rénale la plus avancée.

ments. *D'après la malade, dès le début de cette rechute, l'urine contenait un dépôt purulent.*

Après six semaines de souffrances, elle entra à l'hôpital pour la seconde fois, le 24 décembre 1852.

Deux ou trois jours après son entrée à l'hôpital, la malade ressent des douleurs beaucoup plus vives, les urines deviennent franchement purulentes, et même, pendant quatre jours, la malade rend des urines sanglantes. Elle vomit des matières verdâtres, et ces vomissements se répètent fréquemment ; elle est prise aussi de diarrhée.

C'est huit à dix jours après l'entrée à l'hôpital qu'on s'aperçoit d'une tumeur abdominale, qui n'a jamais disparu depuis cette époque, et qui, d'après la malade, avait déjà alors, à très-peu de chose près, le volume, la forme et la situation qu'elle présentait au moment où nous avons pu l'observer.

On prescrit à la malade de l'iodure de potassium, qu'elle prend tous les jours, très-exactement ; mais cette fois le médicament reste impuissant et la maladie poursuit ses progrès.

Vers la fin du mois d'août 1853, elle est extrêmement amaigrie, ses forces sont complétement épuisées ; sa tumeur offre les caractères suivants :

Par l'inspection, on aperçoit une voussure assez considérable de la paroi abdominale du côté droit, commençant à la région lombaire, mais ayant son maximum, à la partie latérale et antérieure, à 5 centimètres en dehors de l'ombilic. Les vaisseaux sous-cutanés abdominaux de ce côté sont beaucoup plus développés que ceux du côté opposé.

Quand on palpe toute la région droite de l'abdomen, on y sent une résistance due à la présence d'une tumeur dont on peut même apprécier assez exactement les limites à travers la paroi antérieure. On reconnaît qu'elle occupe tout le flanc droit et la région ombilicale jusqu'à 4 centimètres en dehors et à gauche de la ligne médiane. La percussion montre que, dans une assez grande étendue, de haut en bas, elle présente une sonorité qui contraste avec la matité du reste. Cette sonorité paraît due à la présence d'un intestin, et probablement du côlon, entre la tumeur et la paroi abdominale. La percussion limite la tumeur à 2 centimètres au-dessus de l'arcade crurale.

La palpation éveille chez la malade des douleurs vives : on sent alors une fluctuation non douteuse dans une grande partie de la tumeur, et elle présente de singulières alternatives de gonflements et d'affaissements successifs.

La malade meurt le 4 novembre dans le marasme le plus com-

plet, sans avoir jamais présenté aucun trouble cérébral. L'autopsie est faite le 5 novembre, 27 heures après la mort. A l'ouverture de l'abdomen on constate que la tumeur est formée par le rein droit, énormément distendu. Ce rein offre des dimensions très-considérables. Le foie est déprimé à son niveau; son bord antérieur est aminci et relevé. Le rein descend en bas de la fosse iliaque droite interne jusqu'à une petite distance du ligament de Fallope. En arrière et en dehors, il est complétement en rapport avec la paroi abdominale. En avant, il en est séparé dans une petite partie de sa largeur, par le côlon ascendant et le cœcum qu'il a soulevés; deux ou trois anses d'intestin grêle sont accolées à son bord interne. Sa surface extérieure est gris-rougeâtre; elle est très-légèrement bosselée; il est facile, en palpant cette surface, de reconnaître que ces bosselures répondent à des collections liquides, et que la paroi de ces collections est très-mince. L'uretère paraît, à première vue, très-court, car il semble ne commencer qu'à la partie tout à fait inférieure de la tumeur; mais en le suivant, par la dissection, on parvient à s'assurer qu'il suit toute la moitié inférieure du bord interne du rein en y adhérant, et qu'il commence réellement à la partie moyenne du rein. L'uretère est très-large. Lorsqu'on cherche à détacher du rein le côlon ascendant, on s'aperçoit que la séparation est facile dans toute la longueur, si ce n'est dans un espace large comme une pièce de 1 franc, espace où le côlon et le rein sont unis par une adhérence assez résistante. On ouvre le côlon de bas en haut; au niveau de l'adhérence que nous venons de signaler, on voit deux petits trous offrant chacun 4 à 5 millimètres de diamètre. Sur le bord de ces trous l'intestin est très-aminci, mais il n'offre point les traces d'une inflammation soit ancienne, soit récente. Quand on presse le rein, on fait sortir du pus presque pur à travers ces orifices. On ouvre le rein de son bord convexe à son hile; il s'écoule aussitôt une grande quantité de pus épais, crémeux, d'un blanc un peu verdâtre. On s'aperçoit aussitôt que la substance rénale a complétement disparu, et qu'elle est remplacée par une coque fibreuse, épaisse de 3 à 4 millimètres; mais à l'intérieur de cette coque on ne trouve pas une poche unique, mais bien plusieurs loges indépendantes les unes des autres, sans aucune communication directe; de telle sorte qu'il faut ouvrir le rein dans toute sa longueur, et même dans plusieurs sens, pour parvenir à les vider toutes du liquide purulent, qu'elles renferment. Elles sont séparées les unes des autres par des cloisons qui ont absolument le même aspect et la même épaisseur que la paroi extérieure. Plusieurs d'entre elles sont encore divisées par des cloisons imcomplètes, qui se dirigent de la surface externe vers le fond de la loge, mais qui

n'atteignent pas au fond. La forme générale de chaque loge est conique, à base extérieure et à sommet intérieur. Au sommet de chacune d'elles (elles sont au moins au nombre de 8 à 10), on voit un orifice très-resserré, semblable à une fente, et qui conduit à une cavité commune, qui est le bassinet. Une de ces loges, située au milieu du rein et à base dirigée vers le bord externe, est beaucoup plus grande que les autres; leurs parois sont recouvertes d'une légère couche membraneuse, probablement pyogénique. Le bassinet est très-petit; il est rempli entièrement par un calcul de la grosseur d'une noisette, brun, irrégulier à sa surface, mais non rameux. Ce calcul bouche presque complétement l'orifice de l'uretère. Un autre calcul très-petit est renfermé dans le bassinet avec celui dont nous venons de parler. Nous avons déjà dit que les orifices de chaque loge s'ouvraient dans le bassinet; on voit en effet, dans le fond de celui-ci, de petites fentes étroites par lesquelles on pénètre dans chacune des loges. L'uretère ouvert montre des parois très-épaissies et une membrane muqueuse gonflée et congestionnée. L'enveloppe fibreuse commune, à l'endroit où elle adhère au côlon ascendant, est percée de pertuis nombreux, forme une sorte de crible spongieux à travers lequel sort le pus de la loge principale. La veine rénale droite présente des parois très-épaissies et un canal bien rétréci; elle est presque oblitérée au moment où elle atteint le rein. Les parois de la veine cave elle-même, au-dessous de la naissance des veines rénales, sont indurées.

Le rein gauche est beaucoup plus volumineux que dans l'état normal. On l'ouvre sur le bord externe, il s'écoule beaucoup de pus, et l'on voit qu'il offre aussi des lésions profondes. Toutes les pyramides de Malpighi ont à peu près disparu; elles ont été refoulées excentriquement par la distension continue des calices, et se sont atrophiées par suite de cette compression. La substance corticale qui revêtait la base des pyramides, celle qui les séparait les unes des autres, a subsisté en très-grande partie. Il en résulte des loges coniques, à base tournée à l'extérieur, à sommets dirigés vers l'intérieur, fermées dans toute leur étendue, si ce n'est à leur sommet, où se trouve un large orifice qui s'ouvre dans le bassinet. C'est donc une sorte de répétition de la lésion de l'autre rein, mais à un degré beaucoup moins avancé.....

On trouve dans le poumon gauche quatre ou cinq petits groupes de tubercules, séparés par des intervalles assez grands où le parenchyme est tout à fait sain.....

..... Pendant la vie, on a été sur le point de ponctionner la tumeur. Nous avons reconnu par l'autopsie que la ponction n'aurait procuré qu'un bien faible soulagement à la malade.

Au début de son ouvrage sur les pertes séminales qui a fait une si grande sensation dans le monde médical, M. Lallemand a donné les détails de neuf autopsies de sujets porteurs de graves désordres des organes génito-urinaires; sur les neuf sujets, il y en a sept dont les antécédents sont restés inconnus. Quant aux deux autres, sur lesquels des renseignements ont pu être recueillis, la paraplégie et tous les autres phénomènes morbides paraissent plus encore dépendre des altérations des organes urinaires que des organes génitaux : la lecture attentive des narrations suivantes ne me paraît pas devoir laisser de doute à cet égard.

15. — *Pertes séminales. — Néphrite. — Prostatite. — Mort. — Autopsie.*

M. de S..., né à Payerne, en Suisse, issu de parents sains, dont un succomba brusquement à des symptômes d'affection cérébrale, était d'une constitution robuste et d'une imagination ardente. Il reçut une éducation soignée, et s'adonna de bonne heure à la solution des questions les plus délicates de philosophie et de métaphysique. S'étant égaré dans une excursion botanique aux environs de Genève, il s'était rencontré seul avec une bergère qui avait quitté son troupeau pour lui montrer le chemin... Il avait seize ans et sortait du collége... Quelques jours après, il lui survint un écoulement blennorrhagique; il le cacha soigneusement, et parvint à le guérir par le seul moyen des boissons rafraîchissantes. L'année suivante l'écoulement se reproduisit, et fut arrêté par des astringents. Deux ans après, ayant beaucoup bu de bière dans les chaleurs d'été, il le vit reparaître, enfin il revint encore pendant un long voyage qu'il fit à cheval. Depuis lors, M. de S... s'était senti peu de goût pour les femmes, et s'en était privé sans peine.

Après avoir passé à Paris quelques années au milieu de ses goûts favoris (la philosophie et la métaphysique), M. de S... fut obligé de se mettre à la tête d'une manufacture et de s'occuper de détails qui froissaient son amour-propre. Il devint peu à peu quinteux et bizarre, passant sans cause connue d'une gaieté folle à une profonde tristesse, s'affectant facilement des plus légères contrariétés sans se réjouir des événements heureux : enfin il parut fatigué de la correspondance et des calculs.

A cette époque, il se maria. Voici ce qu'écrivait à ce sujet, dans une consultation, le docteur Butini, de Genève, son médecin et son ami : « Ce mariage avec une femme de son choix sembla former une époque

plus heureuse de sa vie; mais bientôt les germes de la maladie que tant de causes avaient fait naître se développèrent facilement. On s'aperçut que M. de S... écrivait avec lenteur et difficulté; son style portait l'empreinte de la décadence de ses facultés; il balbutiait, n'exprimait qu'imparfaitement ses idées. »

Des médecins, en grand nombre, furent consultés à Genève et à Montpellier : les avis furent partagés. L'hypocondrie, l'hépatite, une altération organique du cerveau, une encéphalite ou une méningite chronique héréditaire, furent considérées comme les causes du mal; aucun des moyens conseillés en vue de ces diverses maladies ne réussit : les sangsues affaiblirent; la diète lactée dérangea l'estomac; la constipation devint opiniâtre; pourtant des bains froids par immersion, des affusions froides sur la tête, les eaux d'Aix, en Savoie, et les douches écossaises calmèrent les spasmes insupportables que le malade éprouvait dans les jambes, dans les cuisses et à la face. Le malade devint peu à peu irascible et en même temps plus apathique : ses emportements furent plus fréquents et plus violents, et il montra plus d'indifférence pour les personnes et pour les choses qu'il avait le plus aimées.

La faiblesse dans les jambes augmenta au point de produire des chutes même sur le terrain le plus uni. Les nuits devinrent agitées, le sommeil plus léger, souvent interrompu par des tremblements nerveux ou de vives douleurs accompagnées de crampes, de renversement de la tête en arrière.

Les congestions cérébrales augmentèrent; la crainte d'une apoplexie imminente fit recourir à de nouvelles applications de sangsues à l'anus, aux saignées du pied, aux frictions avec la pommade stibiée, aux vésicatoires, aux pédiluves synapisés, à l'application de la glace sur la tête.

Malgré l'emploi de ces moyens énergiques et multipliés, il survint une nouvelle congestion; « c'est alors, dit M. Lallemand, que je fus appelé. Voici ce que je remarquai : le malade était inquiet, agité, incapable de rester deux minutes à la même place; sa figure était rouge, ses yeux saillants, injectés, fixes et égarés; sa physionomie portait l'empreinte d'un profond effroi, *sa démarche était chancelante*; *ses jambes fléchissaient sous le poids de son corps*; sa peau était froide, son pouls petit et lent.

« Frappé de la remarque du docteur Butini sur les progrès de la maladie après le mariage, je m'adressai à madame de S..., et j'appris qu'en effet le caractère de son mari était devenu inquiet, irascible et tracassier; ce qui avait même fait supposer à ses parents qu'il était malheureux en ménage. Je commençai alors à croire qu'on s'était trompé sur la véritable cause de tous les symptômes observés pendant

sept ou huit ans, et je recommandai qu'on gardât les urines du malade pour me les montrer le lendemain.

« Leur seul aspect me prouva que j'avais deviné juste; elles étaient troubles, épaisses, d'une odeur fétide et nauséabonde, semblables à de l'eau dans laquelle des pièces d'anatomie pathologique seraient restées longtemps en macération. En les transvasant lentement je vis s'écouler un nuage floconneux comme une décoction d'orge très-épaisse; une matière glaireuse, filante et verdâtre, resta fortement adhérente au fond du vase; enfin, des globules épais d'un blanc jaunâtre, et non adhérents, étaient mêlés à ce dépôt comme des gouttes de pus.

« *Je restai convaincu dès lors qu'il existait non-seulement une perte séminale, mais encore une inflammation chronique de la prostate et une suppuration des reins.*

« Je fis part à madame de S.... de mon opinion, qui la surprit beaucoup : voici ce que je pus en apprendre : Elle avait toujours pensé que son mari était naturellement *très-froid;* autant qu'elle pouvait en juger, il n'avait jamais fait d'excès avec elle, et rien ne la portait à soupçonner sa fidélité conjugale ; le coït avait toujours été si rapide, et elle y avait pris si peu de part, qu'elle ne concevait pas comment elle avait pu devenir mère; peu à peu les rapports étaient devenus très-rares ; ils avaient même entièrement cessé depuis trois ans. Ces renseignements me confirmèrent de plus en plus dans mon opinion.

« Pleinement convaincu d'après les rapprochements de toutes ces circonstances, j'expliquai à M. de S.... la nature de sa maladie. Il n'en crut rien, mais il me promit de l'observer. Le lendemain il me prit à part, et me dit qu'en effet les dernières gouttes d'urine étaient visqueuses, et qu'en allant à la selle, il avait recueilli plein le creux de sa main de matière semblable.

« Huit jours après, il se fit une nouvelle congestion cérébrale, à la suite de laquelle la respiration devint stertoreuse, la peau glacée, le pouls insaisissable ; le malade tomba dans une espèce de syncope, à la suite de laquelle il succomba le 1er mars 1824.

« On avait regardé la maladie de M. de S.... comme héréditaire; il laissait un fils. Je profitai de cette circonstance pour obtenir l'ouverture du corps, un membre de la famille désira même y assister; elle eut lieu 26 heures après la mort. »

Cadavre d'une maigreur excessive, ventre vert, odeur infecte.

Tête. — Entre la dure-mère et l'arachnoïde, quelques bulles d'air mêlées à la sérosité visqueuse, vaisseaux de la pie-mère un peu injectés : arachnoïde un peu opaque vers la faux, mais sans épaississe-

ment ni granulations ; dans les ventricules, deux ou trois cuillerées de sérosité limpide ; point d'altération de l'arachnoïde qui les tapisse; cerveau peu injecté, non dans toutes ses parties, mais sans aucune altération appréciable dans un point plutôt que dans un autre; cervelet également très-mou, de volume ordinaire, ni plus ni moins injecté que le cerveau, sans altération particulière. Trois ou quatre cuillerées de sérosité à la base du crâne ou à l'origine du canal vertébral.

Poitrine. — Plèvre pulmonaire partout adhérente à la plèvre costale par un tissu cellulaire dense et serré; poumons crépitants et pâles, excepté en arrière; cœur de volume ordinaire et ferme.

Abdomen météorisé, vert, et d'une odeur infecte; foie de couleur naturelle et très-ferme; une cuillerée de bile dans le vésicule du fiel; rate petite, violacée et dense; estomac distendu par des gaz ; membrane muqueuse mince, souple, d'un gris ardoisé; intestins également distendus par des gaz, mais minces et pâles ; matières fécales en petite quantité, brunes, liquides, et excessivement fétides.

Rein gauche de volume ordinaire, d'un beau rouge, et très-ferme.

Rein droit d'un tiers plus gros, adhérent aux parties environnantes par un tissu cellulaire dense, fibreux et très-résistant, contenant dans son parenchyme une quarantaine de petits abcès, variables depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une noix ; les uns, récents et sans enveloppes, les autres, anciens, enkystés, tous remplis d'un pus épais et crémeux; tissu du rein réduit, dans les 4/5es de son étendue, en une membrane dense, coriace, remplie de cloisons épaisses, fibreuses ou violacées; membrane interne du bassinet rouge, villeuse; uretère mince, distendu, brunâtre, très-injecté à sa surface intérieure.

Vessie remontant presque à l'ombilic, contenant deux pintes d'urine assez transparente; ses parois sont minces; fibres musculaires faibles, écartées; membrane muqueuse d'une couleur rosée, un peu injectée, mais mince et à peine altérée.

Prostate double de volume, saillante dans le rectum, dure sur les parties latérales du col de la vessie, molle dans sa partie moyenne. Dans l'angle rentrant que forme le péritoine en s'étendant de la vessie sur le rectum, épanchement d'une matière albumineuse d'un blanc jaunâtre, d'une demi-ligne d'épaisseur, et d'environ 2 pouces d'étendue, unissant les vésicules séminales à la paroi antérieure du rectum.

Un coup de bistouri ayant divisé son enveloppe fibreuse, il s'en écoule une matière purulente, épaisse, opaque, filante, élastique, semblable à du pus pour la couleur, et au mucus nasal pour la consistance. Une cavité occupant toute le partie antérieure et moyenne de la prostate, a 15 lignes environ de dimension dans tous les sens : lorsqu'on en tire le mucus purulent qu'elle contient, on voit la masse

gélatineuse se diviser en une infinité de filaments qui vont s'engager dans autant de petits trous.

Le canal de l'urètre étant fendu, on voit ces filaments sortir par l'ouverture des follicules muqueux de la prostate. Quand la cavité est vidée, on reconnaît que les deux tiers inférieurs de la portion prostatique de la membrane muqueuse urétrale ont été comme disséqués, et recouvrent la cavité de la prostate de la même manière que la lame criblée de l'ethmoïde recouvre les fosses nasales sur une tête sèche.

L'ouverture des canaux éjaculateurs, au lieu d'être circulaire et mamelonnée, forme une fente allongée, éraillée, surtout du côté de la vessie : deux stylets introduits par les canaux différents, quoique assez gros, sortent facilement par ces ouvertures; les canaux éjaculateurs, grêles, minces, sont comme disséqués, et font partie de la paroi supérieure de la cavité creusée dans la prostate; le bord postérieur de la prostate n'est pas encore détruit, mais il est pâle, mollasse, facile à déchirer, ainsi que les parties qui avoisinent le foyer principal.

Testicules petits et flasques.

Evidemment ce fait n'appartient pas aux pertes séminales, car de pollutions nocturnes il n'en est question, ni dans les consultations des nombreux médecins qui ont observé M. de S..., ni dans la propre narration du malade, qui ne les aurait pas oubliées, ni dans les notes et les réflexions de M. Lallemand lui-même. Quant aux pertes diurnes, M. Lallemand les admet par les raisons suivantes : M. de S..., avait peu de goût pour les femmes, l'éjaculation avait lieu presque aussitôt l'intromission ; mais cette observation prouve qu'une prostate malade, siége d'une sécrétion viciée, purulente, suffit pour produire ces deux effets.

L'aspect des urines seul avait suffi pour faire penser à M. Lallemand qu'il avait affaire à des pertes séminales. Plus loin, en parlant du diagnostic, j'examinerai la signification de ces sortes d'urines. Celles-ci, du reste, n'ont été observées par M. Lallemand que dans les derniers temps, alors que l'abcès de la prostate, étant déjà formé, versait dans l'urine les éléments du dépôt qui s'y trouvait. Quant à la matière visqueuse blanchâtre, recueillie dans la main de M. de S... peu de jours avant sa mort, elle venait de la prostate, où l'autopsie l'a mon-

trée en abondance, et non des vésicules seminales atrophiées.

L'éraillement, l'élargissement des ouvertures des canaux éjaculateurs peut, on le conçoit, rendre la sortie du sperme trop facile ; mais ici la déformation de ces canaux n'était que le résultat de la destruction du tissu de la prostate, qui leur servait de soutien. *Quant aux canaux éjaculateurs, ils étaient grêles et minces.*

Ces légères altérations disparaissent en présence des désordres profonds dont la prostate et le rein étaient le siége. A cette autopsie, il manque l'ouverture du rachis et l'examen de la moelle épinière ; la paraplégie incomplète aurait dû pourtant y faire songer. Il est bien probable que l'on n'y aurait trouvé aucune altération, mais cette omission laisse malheureusement un prétexte au doute.

16. — IIe OBSERVATION (nº 2 des *Pertes séminales*). — François Maurice, âgé de 73 ans, autrefois militaire, plus tard garde champêtre, *avait depuis longtemps les jambes très-faibles !* Malgré cette faiblesse, il avait un besoin irrésistible de mouvement; il avait *éprouvé plusieurs rétentions d'urine*, M. Lallemand l'avait sondé plusieurs jours avant la mort. Maurice, étant au service, avait contracté, à l'âge de 23 ans, une blennorrhagie violente, accompagnée d'inflammation des testicules et du tissu spongieux de l'urètre (*chaude-pisse cordée tombée dans les bourses*).

A l'autopsie, les organes urinaires étaient dans l'état suivant :

Vessie contenant une grande quantité d'urine bourbeuse, *unie au rectum par des adhérences celluleuses;* membrane muqueuse d'un rouge foncé, fortement injectée, couverte de petites *ecchymoses*, par l'extravasion de son épaisseur, de quelques gouttes de sang.

Prostate naturelle de dimension et de consistance (et cependant plus loin M. Lallemand dit :)

Col de la vessie tuméfié, d'un rouge brun, *sans consistance*, sillonné, de plusieurs déchirures récentes.

Je ne mets pas en doute l'existence de paraplégies produites par les pertes séminales (1) ; j'en rapporte même quelques

(1) La paraplégie qui se montre, aprés les pertes séminales volontaires ou involontaires, peut au début exister sans myélite et guérir, mais le ramol-

cas dont j'ai été témoin, mais il est plus rare qu'on ne le pense généralement d'en rencontrer et qui soient dégagées de complication du côté de la prostate et des reins ; et M. Lallemand en particulier, parmi les exemples de paraplégies qu'il a cités à l'appui des pertes, en a rangé qui se rattachent manifestement à des néphrites produites par des affections chroniques de la prostate.

Si je me suis permis d'interpréter les faits rapportés par M. Lallemand de manière à en faire ressortir des conséquences autres que celles qu'il en tire lui-même, je puis m'autoriser de l'exemple de M. Rayer. On en jugera par les remarques placées à la fin de l'observation suivante, tirée de son *Traité des maladies des reins.*

17. — *Cystite. — Pertes séminales. — Paraplégie. — Amélioration:*

M. D..., 40 ans, vie active dans les affaires, perd sa femme lorsqu'il avait 35 ans. Depuis lors, rapports sexuels rares, pollutions nocturnes, craintes non fondées d'impuissance, mauvais état habituel des organes digestifs.

M. D... *remarque qu'en marchant* son pas n'est pas ferme; l'attention est attirée sur ce symptôme par une roideur de la jambe droite, disparaissant peu à peu, s'accompagnant d'un sentiment de froid, quelquefois de démangeaisons.

Plus tard, le pied gauche s'enfle, les urines sont troubles.

Des médecins habiles, après un examen soigneux, émirent l'opinion qu'il y avait chez M. D... une maladie au col de la vessie, un léger dérangement des reins, un mauvais état de la santé général. Ils conseillèrent des sangsues à l'anus, des préparations d'aloès et de fer, la quinine, des bains tièdes, un régime doux et un exercice modéré.

La quinine seule n'a pas été prise; la santé s'est améliorée.

M. D... a les pupilles petites, contractées; le pied n'est pas ferme, surtout le gauche ; il ne peut se tenir fixement sur un seul pied; cette faiblesse est passagère, quelquefois il a la marche d'un fantassin. Lassitude, faiblesse dans les reins, dans le bassin, dans les voies urinaires,

lissement inflammatoire de la moelle pourra survenir, si depuis longtemps dure l'ébranlement fréquent du système nerveux, causé par les pertes, ou l'excitation volontaire.

l'excitation existe dans les organes de la génération. M. Rayer constate que le sperme contient des animalcules et en très-grand nombre.

M. D... a maigri notablement, il pèse 20 livres de moins qu'il y a dix ans; il croit aussi avoir perdu de l'activité de son esprit.

Je m'aperçois que je ne puis continuer à retrancher un mot de cette observation, sans lui ôter une partie de son intérêt; je laisse donc parler M. Rayer : « L'urine, dit M. D..., attira particulièrement mon attention ; elle était souvent neutre, quelquefois alcaline, et d'autres fois légèrement acide ; elle était toujours pâle et trouble, et laissait, sans s'éclaircir complétement, un petit dépôt blanc opaque au fond du vase. Bientôt (quelques minutes ont quelquefois suffi) il se formait à la surface un cremor irridescent, cristallisé. Le dépôt blanc opaque, vu à l'inspection microscopique, était principalement composé de globules purulents ; le cremor, de cristaux volumineux de phosphate ammoniaco-magnésien, mélangés (quand l'urine avait été exposée plusieurs jours à l'air) de cristaux jaunes et de couleur foncée (urate d'ammoniaque).

« Cette urine contenait, en outre, un nombre considérable de granules paraissant doués d'un mouvement moléculaire. J'ai comparé ces granules, tour à tour, aux granulations qu'on observe dans la liqueur spermatique et dans le liquide prostatique, et à ceux qui résultent de la décomposition des globules purulents. *La recherche la plus minutieuse ne décelait pas la présence de véritables animalcules spermatiques dans ces urines.* Il est bien certain au moins qu'il n'y avait rien d'analogue à ce qui existait dans le sperme de M. D..., que j'ai observé comparativement. »

« Je ne puis m'empêcher de remarquer, quoique ce ne soit « pas le but principal que je me suis proposé, *la ressemblance « frappante des symptômes observés dans ce cas avec ceux qu'on « attribue en général aux pertes séminales. Et pourtant*, chez « *M. D...*, *l'existence d'animalcules dans le sperme, et leur ab- « sence dans l'urine, ne permettent pas de rattacher cette maladie « aux pertes séminales.* C'est évidemment (bien que l'altération « de l'urine n'ait été constatée pour moi qu'après le dévelop- « pement des premiers symptômes de paralysie) un cas de pa- « ralysie consécutive à une lésion des voies urinaires.

« L'état du malade a été amélioré par des bains sulfureux.

M. Rayer, page 167, dit encore : « Les membres inférieurs sont souvent le siége d'un engourdissement considérable dans

plusieurs maladies des voies urinaires. M. Lallemand, dans ses observations sur les pertes séminales involontaires, pertes qui coïncident très-souvent avec des lésions de l'urètre et de la prostate, ou d'autres parties des voies urinaires, a noté, dans un assez grand nombre de cas, que les malades étaient faibles ou vacillants sur leurs jambes, qu'ils offraient enfin une *paralysie* incomplète des membres inférieurs. »

J'ai recherché dans l'ouvrage de M. Lallemand ces exemples de faiblesse des membres inférieurs ou de paraplégie avec altération des organes urinaires; j'en consigne ici quelques-uns en extrait.

Dans l'observation que j'ai rangée, avec les autopsies, au n° 15 (*Pertes séminales*, n° 1). Chez M. de S..., il y avait une désorganisation de la prostate et des reins.

Dans celle de Maurice, que j'ai rapportée sous le n° 16 (n° 2 des *Pertes séminales*), il y avait un catarrhe vésical, le col était dilacéré, sans consistance.

Il y avait une cystite chez le malade de l'observation (n° 26 des *Pertes séminales*). Il était pâle, maigre, excessivement irritable, d'une tristesse profonde et dégoûté de tout; *ses jambes le soutenaient à peine*, et cependant il ne pouvait rester en place.... « C'est dans cet état, dit M. Lallemand, qu'il vint réclamer mes soins. Je trouvai *ses urines troubles, d'une odeur infecte, contenant un nuage épais et floconneux; l'urètre était d'une sensibilité excessive.* »

Dans l'observation (n° 8 des *Pertes séminales*), on lit ce qui suit : D... vint à l'hôpital Saint-Éloi, dans l'état suivant : Gale; *tuméfaction de la prostate;* sentiment de pesanteur dans le rectum; *faiblesse extrême dans tous les membres;* engourdissement des mains, des jambes et des pieds; perte presque complète de la vue. Après la guérison de la gale, *la paralysie des membres inférieurs augmentant*, le professeur Delpech fit appliquer à la région des lombes deux cautères.

Observation (n° 92 des *Pertes animales*).—Le premier symptôme qui se manifesta *fut un fréquent besoin d'uriner*, suivi,

« au bout d'un an, d'une incontinence complète d'urine. Dans le cours de la seconde année, *les jambes s'affaiblirent*, ainsi que l'intelligence ; les digestions se dérangèrent ; il survint de la diarrhée ; la présence de l'urine et des matières fécales amena l'excoriation de la peau. . . . . *Les urines étaient épaisses, bourbeuses, très-fétides ; elles contenaient une si grande quantité de mucus et de glaires, que je n'ai pu y constater l'existence du sperme.* »

Observation n° 99. « Ferdinand Mas, faible, délicat, quoique né de robustes paysans..... Les mouvements des membres devinrent embarrassés, *surtout ceux des jambes*..... urines très-abondantes, troubles, fétides, laissant déposer un nuage épais, rendues très-fréquemment, environ trente fois par jour. »

18. — *Urétrite.* — *Rétrécissement.* — *Néphrite.* — *Paraplégie.* — *Guérison* (1).

Bacq (Joseph-Cyprien), âgé de 19 ans, nacrier, entre à la Charité le 27 mars 1839 ; d'une bonne santé jusqu'au mois de novembre, époque à laquelle il contracta une blennorrhagie, dont il fut traité aux vénériens, où il séjourna deux mois. Durant le traitement, survint un rétrécissement qui exigea l'introduction répétée des bougies, remplacées par une sonde à demeure.

Une hématurie se déclara et fut accompagnée d'une douleur dans la région du rein droit. On cessa les bougies, les urines continuèrent d'être colorées par le sang pendant quelques jours. Il sortit dans un état satisfaisant.

Huit jours après, l'hématurie reparut avec la douleur dans le flanc droit ; cette douleur s'étendit à la vessie, en suivant le trajet de l'uretère. Le sang était mélangé en petites proportions avec les urines ; le malade expulsait quelques caillots, non sans douleur. Bientôt *il survint une faiblesse très-grande des extrémités inférieures*, avec tremblement et fourmillement douloureux dans ces parties. Le malade entra à l'Hôtel-Dieu, y resta huit jours ; l'hématurie résista aux sangsues, aux bains, aux boissons adoucissantes, mais la douleur dans les reins ainsi que la faiblesse dans les jambes disparurent. A la fin de janvier, Bacq reprend ses occupations, qui l'obligent à un exercice

(1) M. Rayer, *Traité des maladies des reins*, t. III, p. 177.

très-fatigant du membre inférieur droit : il met un tour en mouvement; mais il ne tarde pas à éprouver une récidive. Il ne pouvait plus travailler que deux heures par jour; le travail déterminait des douleurs très-vives dans le membre inférieur et dans le côté droit. Ces douleurs sont toujours allées en augmentant.

Le 8 mars, Bacq se présente à la Charité dans l'état suivant : depuis trois jours, les urines sont légèrement colorées par le sang; *la faiblesse des membres est telle qu'elle ne permet plus au malade de se tenir debout sans appui.* S'il veut faire un pas, il est agité par un tremblement général (fièvre assez marquée).

Le matin, à la visite, on introduit une sonde sans rencontrer d'obstacle; elle ne donne la sensation d'aucun corps étranger, d'aucune tumeur.

La pression sur les apophyses ne développe aucune douleur.

Le 10, les urines sont légèrement teintes de sang; celles qui ont été rendues la veille sont acides, tandis que les urines rendues au moment même de la visite bleuissent le papier de tournesol rougi par un acide. Les urines se troublent par la chaleur et donnent, par l'acide nitrique, un coagulum albumineux peu abondant.

Le 12, la rétention a complétement disparu; le malade urine fréquemment (dix à douze émissions dans les 24 heures) et en très-petite quantité chaque fois. Toutes les urines rendues dans l'intervalle des deux visites remplissent six vases de six onces chacun. La pesanteur spécifique de l'urine est très-considérable; elle s'élève à 1032. L'urine des quatre bocaux rendue la veille est acide; l'urine des deux émissions du jour, qui ont eu lieu, l'une à 6 heures du matin et l'autre à 8 heures, au moment même de la visite, est alcaline, de sorte que les urines, quant à l'acidité, ont des propriétés tout à fait inverses de ce qu'on observe ordinairement : les urines rendues la veille sont acides; celles du matin sont alcalines.

Le 13, le 14 et le 15, l'urine ne contient plus de sang; fièvre, malaise, douleur dans le bas-ventre et dans les reins.

Le 16, tous les symptômes sont amendés, et, à notre surprise, les urines rendues pendant la visite sont, pour la première fois, acides comme celles de la veille.

Ce malade sort le 28 avril, n'éprouvant plus de faiblesse dans les membres et les digestions se faisant bien. Depuis quelques jours, les urines donnaient constamment une réaction acide. (Rayer, t. III, p. 177.)

19. — *Blennorrhagie chronique. — Néphrite. — Paraplégie. — Guérison* (1).

Charité. — Moret (Dominique), âgé de 44 ans, ouvrier sur les ports, entre à l'hôpital le 20 mai 1839.

Blennorrhagie qui passe à l'état chronique, écoulement blanc, transparent, qui lui succède et qui dure plus d'une année.

En 1838, douleur vive aux lombes, surtout du côté droit, dysurie, engourdissement douloureux et très-grande faiblesse dans les membres inférieurs. Il garde le lit trois semaines; une application de sangsues et des bains améliorent son état.

Le 20 mai, une douleur brusque le surprend au milieu de son travail (il déchargeait un bateau de charbon) et l'oblige de l'abandonner; il se fait transporter à l'hôpital, *ne pouvant se soutenir sur ses jambes.*

Douleur vive aux lombes, au sacrum (fièvre), la pression est pénible dans la région rénale, surtout à droite. Du reste, respiration naturelle, point d'envie de vomir, la langue est rosée et humide. Emission fréquente d'urine muqueuse et fortement alcaline.

Le 22 et le 23, après l'application de ventouses scarifiées, l'administration des boissons diurétiques et d'un peu de nourriture, un mieux sensible se manifesta.

Le 24 mai, les urines, pour la première fois, sont acides et d'une couleur naturelle; cet état persiste jusqu'au 31 mai.

Après deux jours de malaise, tout rentre dans l'ordre, et le malade sort guéri le 8 juin.

20. — *Gonorrhée. — Cystite calculeuse.*

M. Rayer cite encore un autre fait, celui d'un homme sujet à des flatuosités, qui, ayant eu une gonorrhée, fut atteint, plusieurs années après, de douleurs dans la région prostatique, puis d'une cystite calculeuse. La pierre fut broyée avec succès; mais une rétention d'urine, qui avait précédé l'opération, persista. Le malade était obligé, chaque jour, de vider la vessie, et l'introduction de la sonde était presque constamment douloureuse.

Cependant le patient continuait d'aller et de venir et vaquait à ses affaires. Plus tard, la peau du périnée devint comme engourdie, le passage de la sonde fut moins douloureux; mais il survint des douleurs

(1) M. Rayer.

nerveuses dans les jambes, dans les cuisses, dans les fesses et autour du tronc, puis enfin il se déclara une paralysie qui résista aux ventouses scarifiées, aux moxas et aux bains sulfureux.

21. — *Néphrite aiguë compliquée d'affaiblissement des membres inférieurs. — Guérison.*

J'ai pris cette observation chez M. Robert à l'hôpital Beaujon.

Joseph Bazard, marchand de vins, est entré le 2 septembre ; il est couché au nº 273 ; il a 46 ans. C'est un homme de 5 pieds 7 pouces, très-vigoureux, pouvant porter 600 livres, jamais ne s'est alité ; ses parents ont joui de la même santé que lui.

Cet homme n'a pas eu à se louer des jeux de l'amour à son égard : première chaudepisse à 20 ans, elle dure sept ans ; chancres à plusieurs reprises dans la bouche, entre les doigts de pied, à la verge ; il a subi un traitement mercuriel.

Il y a 15 ans, il est pris de rétention d'urine complète pendant trois heures. On le sonde, le jet reste gros plusieurs années de suite, il ne devenait plus petit que le lendemain d'un écart de régime.

Il y a 6 ans, le jet commença à diminuer, et son volume arriva graduellement jusqu'à un millimètre de diamètre, quelquefois même il a été supprimé, et l'urine ne s'est plus écoulée que goutte à goutte. A la suite d'un de ces accidents, il survint tout dernièrement un abcès au périnée pour le traitement duquel il est entré à l'hôpital dans un état fébrile assez marqué.

M. Robert pratique l'ouverture de cet abcès, il s'écoule une grande quantité de pus mal lié, urineux et fétide. On lui passe des bougies, on est obligé de commencer par un numéro très-bas ; en peu de jours, il est possible à M. Robert de pousser la dilatation assez loin.

Je ferai remarquer que ce malade, après être resté au lit trois semaines assez souffrant, descend au jardin, depuis les premiers jours de novembre, et se promène d'un pas assuré et jouit de toute sa force.

La dilatation est poussée plus loin, le 10 novembre ; il garde quatre heures une grosse bougie qui le gêne et lui donne le frisson. Les jours suivants, il est pris de douleurs dans les reins que la pression avec la main augmente beaucoup.

Le 14 novembre, ce malade ressent tous les symptômes d'une néphrite ; la figure est altérée, la fièvre est intense, le pouls bat 120, 116 pulsations, la peau est chaude, la soif a un peu augmenté, l'haleine

est désagréable, la langue et la bouche sèches. Il a vomi dans la nuit. L'urine a été rare et très-foncée ; il est trempé d'une sueur abondante, constipation (saignée du bras, sangsues à la région lombaire, cataplasmes, un bain, tisane d'orge et de chiendent).

Le 15, même état, la douleur s'étend aux différents organes du bassin. Encore une petite saignée; le pouls est à 104. La chaleur est un peu moins forte; la saignée est couverte d'une couenne inflammatoire épaisse, résistante (lav. purg.).

Le 16, la fièvre a repris de l'intensité, 116 pulsations, la soif est exigeante, 3 pots de tisane lui suffisent à peine. La douleur est toujours vive ; l'urine se trouble, le lavement fait évacuer.

Le 17, le malade est beaucoup mieux ce matin ; la fièvre est tombée, les douleurs se sont calmées, il a reposé dans la nuit ; l'urine cependant est purulente, *le jet a moins de force même avec la sonde.*

Nous passerons sous silence le journal de sa santé des jours suivants ; il est un fait, c'est qu'il a eu une néphrite aiguë bien caractérisée : arrivons à sa convalescence, au moment où il essaie de se lever ; il y a déjà six jours qu'il prend de la nourrirure.

Le 5 décembre, lorsqu'il veut se lever, il est pris de faiblesse dans les jambes, elles se fléchissent, il est obligé de s'asseoir.

Le 6, je le vois, il est très-irrité de cette faiblesse, lui si fier d'avoir à son service une vigueur aussi rare, la mobilité est presque anéantie, la sensibilité est un peu émoussée ; on lui arrache quelques poils des jambes, il pense qu'on les lui tire légèrement. La projection du jet est de deux à trois pouces seulement. Jusqu'au 15 décembre, il a la démarche d'un enfant qui fait ses premiers pas, il s'accroche aux colonnes des lits. L'urine est toujours trouble, mais plus abondante.

Jusqu'au 22 décembre, il ne peut marcher sans se soutenir de temps en temps, à des objets assez éloignés. On recommence le cathétérisme ; les jours suivants les forces reviennent d'une manière progressive, qu'il est facile d'observer. L'urine s'est éclaircie beaucoup.

Le 29 décembre, il est tout à fait maître de ses mouvements, il ne se sent cependant pas encore bien robuste. La sensibilité est encore un peu obtuse dans les membres inférieurs. Le cathétérisme a été poussé activement ces derniers jours, on en est à six millimètres de diamètre, les bougies ne restent plus à demeure.

Le 2 janvier, la dilatation est toujours continuée, la faiblesse diminue de jour en jour ; la sensibilité est rétablie.

Le 2 février, il sort guéri.

M. Robert et mon ami M. Alex. Boullay, alors interne du service, avaient d'abord vu là comme moi un affaiblissement

paraplégique dû à la néphrite, mais la promptitude de son rétablissement, les a détournés de cette première pensée, et cette faiblesse a été attribuée aux émissions sanguines, à la diète. Avec tout le respect que je dois à l'opinion de M. Robert, je ferai observer que déjà le malade avait été alité pour un abcès urineux, et qu'il n'avait rien perdu de sa vigueur, je pense qu'il peut être rangé, à part la mort et l'autopsie, dans la catégorie de ceux que M. E. Stanley a relatés, et dont l'histoire précède. Si notre malade, le lendemain du jour où la faiblesse des membres a été perçue, avait été repris de symptômes graves, qui eussent causé sa mort, on aurait vraisemblablement trouvé les lésions que laisse après elle la néphrite, et rien dans la moelle; il est préférable que la doctrine que je soutiens n'ait pas reçu cette confirmation.

Le fait suivant, observ. 22, est rapporté par M. Graves, dans ses leçons de clinique médicale, recueillies par le docteur Néligan. A la fin d'une leçon, M. Graves promet pour la suivante un fait de paraplégie dû à l'impression du froid, et, chose singulière, en terminant la narration de ce cas, il conclut qu'il faut le rattacher à une irritation de l'urètre qui serait comme les reins capable d'entraîner ce trouble nerveux.

M. Ollivier d'Angers qui parle de ce fait, le range parmi les exemples de paralysie que produit l'impression brusque du froid; parce que la paraplégie selon lui suivit une exposition à l'humidité et au froid et précéda la dysurie.

Notons qu'avant tout cet homme eut une gonorrhée compliquée d'orchite, qu'un *écoulement léger persista longtemps, qu'une douleur lombaire attira l'attention lorsque la santé était parfaite ;* puis il fit un voyage long et fatigant pendant lequel il y eut exposition au froid, suivie d'attaques d'hémorrhoïdes traitées pendant plusieurs mois. Ici déjà je me permettrai une remarque : L'impression du froid, quand elle cause des paralysies, n'agit-elle pas presque subitement? Or, ce n'est que quatre ans plus tard qu'il en fut atteint. Mais je poursuis; les

besoins d'uriner devinrent fréquents et le malade marcha bien encore pendant trois ans; il y eut alors une nouvelle exposition prolongée au froid, qui produisit si peu promptement la paralysie, que le malade déchargea son navire, se *rembarqua*, et ce fut seulement alors qu'il fut pris de faiblesse. Mais ce n'est pas par la faiblesse que débute la paralysie dans ce cas, c'est, comme je viens de le dire, subitement et énergiquement; j'ajouterai qu'à ce moment il urinait avec tenesme, 3 ou 4 fois par heure : c'est pour nous un homme affecté de paraplégie des voies urinaires, qui s'est exposé au froid. Il suffit de lire attentivement pour s'en convaincre.

22. — *Urétrite. — Rétrécissement. — Cystite. — Néphrite. — Paraplégie urinaire.*

R. Mac-Nab, âgé de 38 ans, fut admis à l'hôpital de Richemond, le 16 janvier 1835, et placé dans le service de M. Icutton.

Voici son histoire : dans l'été de 1826, il fit un violent effort pour sauter et garda le lit 12 jours, par suite de cet accident. Peu de temps après il contracta une gonorrhée, suivie d'orchite qui céda aux saignées locales , un léger écoulement persista quelque temps et disparut lui-même après des bains de mer.

Jusqu'en 1830, M. N... jouit d'une bonne santé, à l'exception d'une légère douleur dans la région lombaire, mais alors il fut exposé au froid et à l'humidité dans un voyage long et fatigant, il en éprouva une violente attaque d'hémorrhoïdes pour laquelle il fit un traitement de plusieurs mois. Pendant la durée de cette maladie le besoin d'uriner devint fréquent, sans qu'il y eût rétention d'urine ou obstacle à la sortie de ce liquide.

Après une violente attaque d'hémorrhoïde, M. N... se porta bien jusqu'en 1834, il fit alors le voyage de Cadix à Dublin dans un vaisseau, pendant lequel il fut constamment occupé à manœuvrer la pompe que l'on ne pouvait abandonner dix minutes. Il eut beaucoup à souffrir du froid et de l'humidité, pendant 32 jours que dura la traversée; il fut en outre privé presque complétement de sa ration de spiritueux, en sorte qu'en arrivant à Dublin, sa faiblesse était extrême. Après avoir débarqué la cargaison du navire, il se reposa une quinzaine de jours, prenant quotidiennement 5 à 6 verres de wiskey. Il s'embarqua ensuite à bord de l'*Élisabeth* de Londres.

Mais au bout de 9 à 10 jours, il ressentit de la faiblesse et de la douleur dans le dos qui allèrent croissant, à tel point qu'au bout d'un mois, il fut obligé de quitter ses occupations; ses jambes devinrent faibles, il urinait trois ou quatre fois par heure, avec douleur et tenesme. Le 1er janvier, il ressentit une vive douleur dans la région des reins, et il perdit presque complétement l'usage des membres inférieurs, ne pouvant plus marcher qu'avec deux cannes.

Le 16 janvier, lors de son admission à l'hôpital, la santé générale était profondément altérée, il était pâle, maigre, ses fonctions digestives se faisaient mal. Il éprouvait des frissons passagers suivis de chaleurs; il y avait tout à la fois dysurie et incontinence d'urine joint à une *paralysie des membres inférieurs.*

Le traitement fut le suivant :

Ventouses, puis moxas sur les lombes, boissons délayantes, préparations opiacées. Le 26, on découvrit un fort rétrécissement dans la région membraneuse de l'urètre; une très-petite bougie de gomme, double de longueur, fut introduite, une moitié dépassait le méat urinaire, cette portion fut passée dans une sonde de gomme de la longueur ordinaire, ouverte à ses deux extrémités à laquelle elle servit de conducteur; lorsqu'elle fut arrivée dans la vessie, elle fut fixée à demeure et la bougie fut retirée; un trouble général succéda, mais il fut de courte durée; au bout de 2 jours, on put introduire des sondes plus grosses à la place de la première.

Peu de jours après l'introduction de la première sonde, la force revint dans les membres inférieurs d'une manière remarquable. Des bains chauds, des frictions sur la région lombaire complétèrent la cure.

N... sortit de l'hôpital le 25 février, ayant recouvré l'intégrité de l'usage de ses membres inférieurs, et urinant avec une complète liberté.

Ce fait, ajoute M. Graves, montre que l'irritation de l'urètre aussi bien que celle des reins peut produire la paraplégie.

M. Graves néglige à tort, selon moi, de tenir compte de la stagnation de l'urine dans la vessie et de son reflux vers les reins, par le fait du rétrécissement que l'on découvrit dans la région membraneuse, dont l'existence était ancienne comme il est permis de le supposer, à cause de la fréquence des besoins d'uriner, qui s'est aussi manifestée dans les autres exemples dont je trace l'histoire; les douleurs dans la région rénale, les

frissons passagers, la pâleur, l'altération des traits sont pour moi, dans des cas semblables, des symptômes de résorption purulente opérée par l'intermédiaire des reins baignés d'urine purulente.

23. — *Urétrites. — Rétrécissements. — Cystite chronique. — Paraplégie. — Guérison des rétrécissements et de la cystite. — Paraplégie disparue.*

J'ai pris les deux observations suivantes à l'hôpital de la Charité, chez M. Rayer, lorsque j'étais son élève.

Charité. — Le nommé Jullemier (Valentin), âgé de 23 ans, valet de chambre, est couché au nº 35, salle Saint-Michel. Entré le 14 avril, 1850.

Cet homme qui s'est toujours bien porté pendant son enfance et sa jeunesse, possède encore son père et sa mère, dont la santé est excellente; ils n'ont ni l'un ni l'autre de faiblesse dans les membres.

Ce malade avait à peu près 22 ans quand il contracta des chancres, pour la guérison desquels on lui prescrivit un traitement qu'il ne suivit pas exactement. Presque aussitôt après leur disparition, des taches cuivrées couvrirent tout le corps; des tumeurs, que je ne puis appeler gommeuses, se développèrent sous le cuir chevelu. M. Rayer lui fit faire un traitement qu'il suivit cette fois avec rigueur.

A 24 ans, il contracta plusieurs blennorrhagies; la dernière fut très-rebelle, et il avait encore du suintement quand il s'aperçut de la diminution du jet de l'urine; son volume se réduisit graduellement pendant quelques mois, jusqu'à prendre celui d'une ficelle de cuisine, selon le dire du malade, c'est-à-dire environ un millimètre de diamètre.

Cet état dura trois ans sans altération dans la santé du malade, sans modification dans la couleur et la transparence de l'urine, et sans douleur du côté de la vessie.

Il survint, il y a environ huit mois, une incontinence incomplète d'urine, c'est-à-dire que quelques gouttes s'échappaient involontairement; en même temps, les *jambes faiblirent*, et cette faiblesse alla toujours en augmentant.

Il y a six mois, il ressentit brusquement, en se promenant, des douleurs très-vives qui s'étendaient depuis la racine de la verge jusqu'au rectum, et en haut profondément; ces douleurs se montraient

sous forme de crises, duraient un quart d'heure, puis disparaissaient. Huit jours après, ces douleurs étaient accompagnées de fièvre et de changement dans la nature de l'urine, car M. le docteur Davenne qui le soignait alors, la trouva alcaline. Le malade entra dans la maison de santé Dubois, avec tous les symptômes d'une cystite aiguë, l'urine était fétide ; un mucus très-abondant, de couleur verdâtre, s'attachait au vase. Après un traitement antiphlogistique approprié, ce malade sortit sans fièvre, se portant bien du reste, mais dans le même état quant aux organes génito-urinaires : toujours de l'incontinence d'urine, le jet aussi petit, les urines aussi fétides et chargées, et les jambes plus faibles qu'avant ; la marche était chancelante.

Il passa deux mois à la campagne, ne buvant que des tisanes diurétiques, même état, un peu plus de force dans les jambes.

Le malade est de retour à Paris depuis 15 jours (12 avril) ; il va revoir M. Rayer, qui le prend dans son service, à la Charité. M. Rayer constate une grande faiblesse dans les membres inférieurs. La station sur les deux pieds ne se fait pas sans chanceler, mais placé sur un seul, tour à tour, le malade perd à l'instant l'équilibre. L'urine qu'il rend, et que mon ami M. le docteur Follin, interne alors dans le service, a examiné avec moi, est presque entièrement formée de pus. *Le microscope n'y démontre que le pus seul, sans aucun spermatozoaire;* elle est alcaline.

Le 16 avril, 2 jours après son entrée, M. Lallemand, sur l'invitation de M. Rayer, cautérise la muqueuse vésicale au moyen d'un porte-caustique d'un diamètre de sept millimètres environ, qu'il introduit sans difficulté. Cette opération est suivie d'une douleur vive qui n'a pas de durée, et qui n'influence pas l'appétit du malade.

Le 17 avril, le lendemain, les urines sont troubles, mais le jet est plus naturel, il y a moins d'incontinence.

Le 18, le jet a repris son ancien volume, l'incontinence recommence.

Le 22, le jet est tout à fait redevenu ce qu'il était, l'incontinence est aussi gênante qu'auparavant, seulement la nature de l'urine est sensiblement meilleure, moins foncée, il y a moins de dépôt. Le malade prétend être plus fort sur ses jambes.

Le 23 avril, le jet augmente légèrement, moins d'incontinence, les urines encore moins chargées. Le malade s'est senti plus fort en se promenant, assez même pour essayer de courir. L'incontinence est revenue vers le soir.

Le 24, nouvelle cautérisation par M. Lallemand. Ce chirurgien vide d'abord la vessie, l'urine *est légèrement acide* et transparente, la vessie en contient une grande quantité ; quand on élève le pavillon de la sonde, le pus sort presque pur. La cautérisation est suivie

d'une douleur très-aiguë qui s'irradie et est suivie d'un frisson assez intense qui ne dure qu'une demi-heure, la douleur cesse avant le frisson, l'incontinence disparaît, le jet reprend du volume, le malade, qui est à la diète et qui a grand appétit, réclame des aliments; la force dans les jambes est moins grande. La journée étant froide, c'est à cela que le malade attribue ce manque de vigueur.

Le 25, le mieux se continue de toute manière.

Le 26, le malade se sent mieux que jamais; mais tout change de face à la suite d'un bain dans lequel il se refroidit, il se sent très-faible, au lit il est pris d'un frisson intense, de malaise; survient une chaleur incommode avec sueur, tout a cessé ce matin, 27 avril, il rend seulement une urine presque purulente. Il essaie de se lever, le malaise et la faiblesse le forcent de se coucher (potage, diète, tisane de lin).

Le 28, diarrhée qui affaiblit le malade; il essaie de se lever; étourdissement, céphalalgie intense; depuis 3 jours, l'incontinence a disparu, l'urine est très-purulente quand il se remue avant la miction.

Le 29, à la visite, Jullemier se trouve toujours dans le même état. Après son déjeuner, qui se compose d'un potage, il s'endort et se réveille vers quatre heures, tout à fait bien; il descend se promener au jardin avec beaucoup de difficulté, ses jambes sont très-faibles. L'urine est rouge, très-colorée, mais moins purulente; il peut rester sans la rendre pendant deux heures, ce qu'il ne pouvait faire auparavant; il urinait toutes les dix minutes.

Depuis le 30, tout alla en s'améliorant; aussi ne transcrirai-je pas ici le résultat de l'observation de chaque matin.

Le 7 mai, d'après le conseil de M. Rayer, Jullemier sort de l'hôpital pour aller un mois à la campagne.

Il doit y prendre des bains sulfureux, boire de la tisane de bourgeons de sapin, et prendre des pilules de térébenthine, se couvrir de flanelle.

Je l'ai revu le 2 juillet; il a repris un peu d'embonpoint, des couleurs, la force dans les jambes est revenue; les organes génitaux sont aussi en meilleur état, le jet a repris de l'ampleur (celui d'une plume d'oie); l'incontinence a disparu, seulement l'urine est toujours un peu nuageuse; il n'urine que toutes les trois heures. Après trois mois encore de repos, il doit reprendre son *service*.

De cette narration résulte clairement que le mouvement s'est rétabli à mesure que l'état des voies urinaires s'améliorait.

24. — *Urétrite. — Syphilis. — Cystite. — Engorgement de la prostate, rétentions d'urine, paraplégie.*

J'ai recueilli ce fait dans le service de M. Rayer.

Charité. — Le 24 mai 1849 est entré à la salle Saint-Michel, n° 19, service de M. Rayer, le nommé Auguste Brauner ou Brunet, âgé de 63 ans, né en Hongrie; c'est un homme d'une haute taille, autrefois très-vigoureux, il ne m'a donné aucun renseignement sur ses parents.

Dans sa jeunesse, cet homme contracta des chancres, pour lesquels il fit un traitement, plusieurs blennorrhagies, qu'il traita par des injections astringentes dont il ne se rappelle pas la formule. Un écoulement était à peine disparu quand il en gagnait un autre, c'est pourquoi il n'en sait pas au juste le nombre. Un suintement opiniâtre persista après le dernier.

Dès 32 ans, il s'aperçut de la diminution du volume du jet de l'urine, celle-ci était souvent trouble, mais n'attachait pas au vase; les dernières gouttes, s'il n'y prenait garde, tombaient dans son pantalon.

Il n'a jamais fait ce qu'on peut appeler des excès vénériens; il aimait les femmes, mais non la répétition du coït.

Jamais il n'a fait excès de boissons.

Il est chapelier, et comme tel il a travaillé aux peaux préparées par le nitrate acide de mercure, mais depuis un an seulement; il ne s'en est pas senti incommodé; s'il a cessé, c'est qu'il a trouvé à faire quelque chose qui lui convient mieux.

A 45 ans, il se maria. Cependant peu de temps après il contracta de nouveau une blennorrhagie et des chancres qui furent suivis d'un bubon qui s'ulcéra et dont la guérison se fit longtemps attendre. Dix-huit mois après, sa femme accoucha d'un enfant qui mourut, lui a dit son médecin, des suites de la maladie de son père.

En 1840, il avait 54 ans, le jet de l'urine, qui avait toujours été en diminuant, cessa brusquement; son médecin fut obligé de le sonder. L'urine, à cette époque, était purulente et attachait au vase; il rendit avec l'algalie une quantité d'urine plus considérable qu'il ne l'avait fait auparavant en urinant sans sonde.

Sa vessie, ayant un bas-fond très-déprimé, ne se serait donc pas vidée complétement, et cela depuis longtemps : aussi le séjour d'une quantité d'urine altérée, ammoniacale, a-t-elle dû contribuer à enflammer la face interne de l'organe. Le malade apprit à se sonder lui-même.

En 1841, il ressentit dans les genoux des douleurs qui *furent suivies de faiblesse dans les jambes;* cette faiblesse augmentant, il fut obligé de se servir d'un bâton. Il y eut dans ces symptômes des alternatives de mieux et d'exacerbation.

La vessie n'était pas paralysée, car il y avait encore projection de l'urine à 6 ou 7 pouces en avant du pavillon de la sonde quand il était debout. Son état alla toujours en s'aggravant, des douleurs très-vives dans les reins vinrent encore le compliquer ; on le traita par les topiques et les frictions. A cette époque, il s'alitait fréquemment.

En 1848, il y a environ deux ans, au milieu de la nuit, Brauner veut se lever, ses jambes refusent de le porter, il tombe ; toutes deux étaient presque paralysées, la droite surtout, le bras droit de même ; sa bouche était tirée et sa langue ne pouvait articuler des sons compréhensibles. M. le docteur Berthelot, qui le vit à cette époque, dirigea contre ces accidents un traitement antiphlogistique qui fut suivi de mieux ; le malade put parler, quoique peu clairement, et à la demande de sa femme il put écrire de la main droite une procuration, ce qu'il n'avait pu faire avant.

Au mois de mai 1849, un matin qu'il ne pouvait se sonder, il se rendit au bureau central d'admission ; mon père, chargé du service des maladies des voies urinaires, le sonda plusieurs jours, et à sa demande me chargea de le faire entrer dans le service de M. Rayer, chez qui j'étais externe ; c'est alors que je l'observai. J'omis, à cette époque, d'examiner ses urines au microscope.

Il entra le 24 mai 1849 et sortit le 22 juin de la même année, dans le même état absolument qu'à son entrée, seulement le bras droit plus fort ; il entra ensuite à la Pitié dans le service de M. Piorry, puis il passa dans celui de M. Laugier.

Le 17 juillet 1849, il rentra à la Charité, pour en sortir le 20 août 1849, dans la 4e division, 1re section, 2e salle de chirurgie; dans le service de M. Desprès. J'y suis allé plusieurs fois pour le voir et le suivre.

Dernièrement (avril 1850), voulant mettre fin à ses jours, il avala des sous en cuivre, un gros décime et un petit sou ; il eut des selles hémorrhagiques, et en avoua la cause à sa femme. Celle-ci prévint ; on le surveilla, et on trouva en effet, quelques jours après, dans les fèces les deux pièces de monnaie. Mon ami, M. Porchat, les a présentées à la Société de biologie ; elles étaient toutes noires.

Mai 1850. — Je suis allé de nouveau à Bicêtre voir le malade et prendre de son urine, que j'ai remise à M. le docteur Follin pour qu'il l'examinât au microscope, service qu'il m'avait déjà rendu pour l'urine du sujet dont l'observation précède. Il n'y a trouvé que des

globules purulents, des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, pas de spermatozoaires. Elle était alcaline, elle ne contenait pas d'albumine.

M. Després, lorsque le malade est entré dans son service, a pratiqué le toucher rectal pour s'assurer du volume de la prostate; elle était tuméfiée.

Le 2 juillet 1850, M. Després l'a examiné de nouveau ; je l'ai touché après lui. La prostate est un peu diminuée, mais elle est plus développée à droite et s'étend beaucoup en longueur.

État de la motilité.— Les deux membres sont assez forts pour que le malade puisse se mettre sur son séant à l'aide d'une corde pendue à son lit, et cela avec une seule main. Les deux membres inférieurs sont presque sans mouvement, il peut à peine leur faire quitter la surface plane du lit.

La sensibilité est normale depuis le haut du corps jusqu'au nombril ; dans cette région, elle commence à être obtuse ; quant aux membres inférieurs, il faut les pincer très-violemment pour produire l'ombre d'une douleur ; moins de sensibilité dans la droite que dans la gauche.

Ce malade est mort en septembre 1850. J'étais absent de Paris, et mon ami, M. Magnac, qui a fait l'autopsie, a omis d'ouvrir le canal rachidien.

J'ai recueilli les cinq observations qui portent les n°s 21, 25, 26, 39, 40, à l'hôpital Beaujon, à l'époque où MM. Robert et Huguier, juges du concours du prix d'Argenteuil, réunissaient dans leurs services un assez grand nombre de maladies des voies urinaires pour suivre les effets du traitement.

Les deux qui suivent immédiatement sont très-intéressantes.

25. — *Urétrites très-nombreuses. — Suintement. — Catarrhe vésical. — Paraplégie. — Traitement des rétrécissements*, etc. — *Guérison.*

Hôpital Beaujon. — Charles Vatot, sommelier, entre à l'hôpital le 11 janvier 1851, dans le service de M. Robert, n° 250.

Il contracte à l'âge de 17 ans, une première uréthrite qui dure six mois, il prend pour seul traitement de la poudre de réglisse en boisson.

A 21 ans, deuxième blennorrhagie qui dure trois mois, traitée par la potion de Choppart, pas d'injection.

A 23 ans, blennorrhagie qui dure quatre mois ; elle est cordée, coït dans la période inflammatoire, douleur excessive ; hémorrhagie résistant 3 jours à des bains locaux froids et à des injections de sulfate de fer.

De 20 à 28 ans, écoulement successif non complet, injections à l'eau blanche et vineuse ; orchite durant 15 jours, sangsues et emplâtre de Vigo, cum mercurio.

A 28 ans, chaudepisse, chancre, pilules ordonnées par un pharmacien de la rue Saint-Martin qui traite les maladies secrètes.

A 29 ans, en septembre 1850, il contracte de nouveau une urétrite qui dure quatre mois ; traitement pareil au précédent. Une goutte militaire lui succède, le jet dont le volume a diminué depuis longtemps est tellement petit, qu'il lui faut plusieurs minutes pour épancher le liquide. Depuis longtemps déjà l'urine a perdu sa limpidité, elle a de l'odeur. *Le malade se sent faible sur les jambes, et après la moindre fatigue, il éprouve des tremblements, il ne peut marcher sans le secours d'un bâton.* Ne pouvant continuer sa profession de sommelier, il entre à Beaujon, le 11 janvier 1851.

M. Robert, dans le service duquel il est placé, constate un reste d'écoulement, et au moyen d'une bougie à boule, il compte sept rétrécissements, ce qui explique la petitesse du jet de l'urine et la difficulté que le malade éprouve à l'épancher.

M. Robert tente la dilatation, on est obligé de la suspendre à plusieurs reprises à cause des accès de fièvre qu'elle détermine, cependant plusieurs rétrécissements sont effacés, deux résistent, l'un à quinze centimètres, l'autre à huit centimètres. Plusieurs fois on arrive à introduire sept millimètres ; mais, dès que l'on suspend la dilatation, le rétrécissement placé à la racine de la verge, se resserre au point de ne plus admettre que quatre millimètres et demi. C'est là que la déchirure a eu lieu, lors de la rupture de la corde dans le coït, sept ans auparavant.

Le 27 février mon père fait sur cette cicatrice plusieurs scarifications en divers sens, et se sert pour cela d'un instrument qui agit comme des ciseaux tranchants par le dehors, une sonde volumineuse est placée à demeure : au bout de douze heures on l'enlève, parce qu'il survient de la fièvre ; un gonflement se manifeste à la racine de la verge, un petit abcès s'y forme et son ouverture est suivie d'une fistule urinaire.

Le 18 mars, un violent accès de fièvre avec frisson a lieu sans motif apparent, il est suivi de vomissement et d'une vive douleur,

augmentant par la pression, dans la région du rein droit (saignées; sangsues sur le côté douloureux, cataplasmes). Les symptômes de la néphrite vont en diminuant au bout de 4 jours; et après 10 jours, ils ont complétement disparu; cependant la faiblesse des *extrémités inférieures est plus grande*, le malade ne marche dans la salle qu'en se tenant aux lits; la sensibilité au toucher et à la douleur est intacte, peu à peu il recouvre de la force et marche sans appui. L'engorgement inflammatoire qui entourait la fistule ayant cessé, mon père introduit des bougies, dont le volume peut être plus rapidement grossi qu'avant l'incision; il semble que le tissu médullaire se soit ramolli et fondu par la suppuration.

Le 1er avril, la fistule est fermée, des bougies de sept millimètres et demi franchissent d'emblée les deux points occupés par les obstacles qui avaient résisté à la dilatation; le suintement chronique dont le siége paraît être la région prostatique, persiste encore.

Le 4 avril, Vatot demanda sa sortie de l'hôpital.

Du 6 au 20 avril, V... vient chaque jour chez moi. Pour maintenir la dilatation je lui passe des bougies de sept millimètres et demi lesquelles séjournent un quart d'heure, après quoi, pour achever de résoudre le tissu de l'ancienne et de la nouvelle cicatrice, je fais dans l'intérieur de l'urètre une friction avec une bougie à boule garnie d'une pommade; puis enfin, pour tarir l'écoulement, je porte jusque dans le voisinage du col, une autre pommade dont mon père fait un fréquent usage et dont suit la formule : axonge, 20 grammes, gomme kino-porphyrisée, 15 grammes, sulfate de zinc, 1 gramme, des mouvements de va et vient, pendant une demi-minute environ forcent la pommade à pénétrer dans les canalicules prostatiques.

Tous les 2 jours, le malade prend un bain sulfureux et de temps en temps il reçoit une douche d'eau sulfureuse sur la région lombaire.

Le 6 mai, il avait recouvré assez de force des membres inférieurs pour reprendre ses fonctions de sommelier.

Le 30 mai, ce jeune homme est présenté à l'examen de M. Robert qui fait passer une bougie de sept millimètres 3/4 jusqu'à la vessie. Une bougie à boule de sept millimètres ne donne presque aucune sensation d'arrêt ou de ressaut à l'endroit qu'occupaient les anciennes brides, et où la fistule a eu lieu. Le suintement urétral a disparu, les membres inférieurs ont recouvré l'intégrité presque complète de leurs forces.

Ce jeune homme a négligé d'entretenir le passage dans une dilatation convenable, aussi au commencement de l'année 1852, le premier rétrécissement s'était reproduit et avait été promptement suivi d'un

suintement, qu'une cautérisation au nitrate d'argent, aidée de la dilatation, supprima bientôt.

20 novembre 1852. V... est établi limonadier, il est alerte, il n'a pas de garçon pour l'aider dans sa besogne, ce qui l'oblige à mettre dans ses actes une grande célérité; plus de lassitude, la force a considérablement augmenté ; il y a quelques jours, il a pu, seul, descendre à la cave une feuillette de vin.

Il continue, tous les matins, à passer quatre bougies.

Depuis le 6 mai 1851, époque à laquelle il a repris sa profession, il n'a cessé de se bien porter; une guérison qui dure vingt mois, peut être considérée comme presque certaine.

Depuis six semaines, il est marié.

Aujourd'hui 1er juin 1854, ce jeune homme, dont la santé est toujours excellente et la force très-naturelle, urine difficilement et par deux jets filiformes, il a négligé d'entretenir la liberté du canal; je lui fais la dilatation. Il continue toujours sa profession fatigante de limonadier.

26. — *Gonflement de la prostate.— Cystite chronique, paraplégie, section du col. — Plusieurs fois guérison.*

J'ai suivi le malade dont il s'agit à l'hôpital Beaujon.

Le 4 décembre 1850, le nommé Brisemoutier, tourneur, est entré au n° 228 du service de M. Huguier.

Mon père a adressé à l'hôpital Beaujon ce malade qui était venu le trouver au bureau central. C'est un homme d'une taille moyenne, assez maigre; chez lui le système pileux est très-développé; tempérament bilieux.

Voici quelle est, en quelques mots, l'histoire que nous a fait ce malade sur son passé.

Jamais il n'a eu de chaudepisse; en 1828, il a contracté un chancre accompagné d'un bubon suppuré.

Sa profession de tourneur de boules d'ivoire le retenant en place, il s'imposait une tâche avant de satisfaire l'envie d'uriner, ce qu'il ne faisait que toutes les six heures environ. Au bout de quelques années de cette existence, il s'étonna d'avoir éprouvé un besoin pressant et de ne rendre que très-peu d'urine. Ce phénomène alla toujours en augmentant et fut suivi d'un peu de paresse dans les jambes.

Sa santé s'altérant, il partit pour Montreuil près de Boulogne-sur-mer, y passa un mois et, se trouvant mieux, il revint à Paris ; mais pour faire le voyage plus économiquement, il monta sur le faîte d'un fourgon de mareilleur de ses amis, il fut exposé au vent et au froid.

Arrivé à une grande côte qui précède Beauvais, il voulut descendre et la monter à pied comme ses amis, sa jambe gauche ne put agir ; il prit une diligence au passage, se fit transporter à l'Hôtel-Dieu de Paris et fut placé dans le service de M. Chomel (M. Barth remplaçait ce professeur dans le service), où il séjourna sept mois. La jambe gauche était paralysée, froide, décolorée, presque insensible. La droite était seulement très-faible; douleur vive le long du dos. Un traitement très-énergique, dont il porta des cicatrices profondes, amena une amélioration sensible (on lui avait fait l'application de moxas, de cautères, des incisions où l'on mettait fondre de la potasse). Les jambes devenues plus fortes, il reprit son travail, jusqu'au 4 décembre ; il entra à Beaujon dans l'état suivant :

Faiblesse dans les deux jambes, marche impossible sans appui, incontinence d'urine pouvant tremper une serviette dans l'espace d'une demi-heure. Envies fréquentes d'uriner amenant l'émission d'une très-petite quantité de ce liquide.

A la visite du lendemain on lui retire au moyen d'une sonde presque deux litres d'urine, il n'y a de jet que lorsqu'on appuie sur la région hypogastrique, sans quoi le liquide sort du pavillon de l'algalie sans aucune projection ; le malade sachant se sonder, pendant deux mois la vessie est vidée trois fois par jour ; il s'ensuivit une amélioration de l'état général, un peu plus de force dans les jambes ; le cathétérisme a été laissé à plusieurs reprises et chaque fois la miction a été impossible, le malade a recommencé à uriner par regorgement.

Mon père a employé pour dilater le col de la vessie un instrument bilabe dont les branches s'écartent. Il a aussi employé un dépresseur composé d'un suppositoir en bois et d'une sonde introduite courbe et qui se redresse au moyen d'un mandrin à ressort, ce qui fait que la glande prostate se trouve comprimée entre ces deux objets. Ces moyens n'ont amené qu'une amélioration peu sensible.

Vers le commencement d'avril, mon père, M. Le Roy, fit chez ce malade, sur le col de la vessie, une incision suivie d'un léger écoulement de sang; une sonde laissée en place pendant 2 jours, pour empêcher les lèvres de la plaie de se recoller, est enlevée, et le malade peut uriner seul ; mais la vessie, ne se vidant pas encore complétement, une seconde incision est pratiquée le 25 avril ; celle-ci plus profonde est suivie d'une hémorrhagie assez intense qui oblige d'absorber avec une seringue adaptée sur la sonde, les caillots contenus dans la vessie. La sonde est enlevée 6 jours après l'incision. Une orchite est survenue, dont la résolution a été lente.

Un mois après, MM. Robert et Huguier s'étant réunis au lit du ma-

lade, on le fit lever, il urina sans sonde avec un jet naturel ; lorsqu'il eut achevé, une sonde fut introduite, elle n'amena que quelques gouttes d'urine ; ces messieurs constatèrent de plus que les jambes, qui avaient commencé à reprendre de la force peu de temps après qu'on eut vidé la vessie d'une manière constante, lui permettaient de marcher, de monter et de descendre les escaliers sans appui, sans bâton.

20 août 1851. Cet état a persisté, le malade urine seul, il ne vide pas complétement sa vessie, il en reste un verre, aussi doit-on lui pratiquer encore une incision sur le col de la vessie. *Les jambes sont très-fortes,* on le rencontre toujours se promenant dans l'hôpital.

4 octobre. Une incision est de nouveau pratiquée sur le col de la vessie, du sang s'écoule par l'urètre dans la journée, mais en bien moins grande quantité que la première fois.

10 octobre. Il n'est pas survenu d'accident, l'orchite ne s'est pas reproduite, la vessie se vide plus complétement, l'urine est claire, et n'a plus d'odeur.

7 janvier 1852. Il a été pris hier de frisson, on l'a couché au n° 222 du même service. L'urine est retenue dans la vessie, depuis la veille on le sonde, il rend un litre et demi de liquide ; il accuse de la douleur dans les reins, une grande faiblesse ; il répond avec lenteur aux questions qu'on lui adresse, la soif est assez notable, l'appétit nul, le facies est altéré (traitement antiphlogistique).

Les jours suivants, l'urine a repris son passage naturel, le malade est un peu mieux, la faiblesse seule persiste. Il est obligé de garder le lit un mois ; et à la fin de février, il a repris toutes ses forces et recommence ses promenades.

Le 27 avril 1852, il quitte l'hôpital aussi bien portant que possible.

Le 11 mai, il rentre de nouveau chez M. Robert, ne vidant plus complétement sa vessie, et ne se portant plus sur ses jambes avec la même assurance. M. Robert, voyant l'état de ce malade rester stationnaire, lui conseille de partir.

Le 26 juin 1852, il passe chez M. Sandras, salle Saint-François, n° 22, il reste trois semaines, n'y subit aucun traitement, ses jambes nonobstant ont repris toute leur vigueur.

Le 19 juillet, il sort de Beaujon, bien portant, il rentre chez lui, pensant trouver promptement de l'ouvrage, le séjour de l'hôpital l'a rendu un peu sombre, le chagrin de voir l'occupation manquer, venant se joindre à cela, il se désole et tente de se suicider, l'asphyxie n'est pas complète : on le transporte à l'Hôtel-Dieu, et M. Anosset, ancien directeur de Beaujon, le fait diriger sur Bicêtre, où il entre.

Bicêtre. — 19 août. Il est interné à la 5e division, service de M. Voisin.

J'ai vu ce malade une fois par mois, sa santé est telle qu'il fait à Bicêtre le service d'infirmier interne; toutes les fonctions s'accomplissent avec une régularité parfaite ; il ne se sonde que tous les 8 jours, pour faire un lavage dans la vessie, ce réservoir se vide complétement (l'urine est claire et inodore).

10 janvier 1853. Encore aujourd'hui Brisemoutier soigne les fous à Bicêtre, et supporte sans fatigue ce rude travail. Il n'a pas eu de faiblesse ni de rechute depuis le mois de janvier 1852.

Chez ce malade, l'influence remarquable de l'état de la vessie sur celui des jambes s'est fait sentir à trois reprises bien dessinées.

Mon ami M. Despretz m'ayant fait prévenir, j'ai pris les deux observations suivantes, dans son service de chirurgie à Bicêtre.

27. — *Masturbation, dix blennorrhagies. — Catarrhe vésical. — Rétentions d'urine successives. — Paraplégie.*

Bicêtre. — Service de M. Despretz, salle Saint-Victor, nº 10.

Le 6 décembre 1852, le nommé Pierre François Duranti, âgé de 62 ans, artiste dramatique, est entré à l'infirmerie, il est pensionnaire de la maison de Bicêtre depuis 1850.

Duranti s'est livré à la masturbation depuis l'âge de 14 ans jusqu'à 18.

De 19 ans à 35 ans, il a contracté dix uréthrites qui ont duré 7 à 8 mois chacune, il les a traitées par les émollients et la tisane de Chopart (pas d'injections); il y a 15 ans, le jet de l'urine a diminué de calibre.

Jamais il n'a eu de chancres, n'a pas suivi de traitement mercuriel.

L'année suivante une rétention incomplète d'urine l'a fait revenir à Rouen où il est né. M. Flobert a pratiqué le cathétérisme, l'urine était claire; il est venu à Paris exercer sa profession; pris de nouveau de rétention, il entra à l'hôpital Necker, dans un petit service destiné spécialement aux maladies des voies urinaires. Il y resta un an, l'urine à cette époque était devenue un peu trouble, il sortit, urinant à peu près seul; quelques mois après le jet a été de nouveau intercepté. M. Ricord l'admit dans son service; son urine attachait au fond du vase, une véritable gelée verdâtre, très-abondante, y était mêlée (cathétérisme, scarification). Après un long séjour, il passa

chez M. Philippe Boyer, à l'Hôtel-Dieu. Après huit mois de traitement dans ce service, il se rendit à Beaujon, M. Robert le garda dans ses salles neuf mois, il avait toujours une cystite chronique et n'urinait qu'avec une sonde.

En 1850, ne pouvant plus paraître sur la scène, ne pouvant plus espérer se guérir, on l'a fait entrer à Bicêtre.

Le grand air, la promenade lui rendirent un peu de santé ; cependant il était toujours obligé de se sonder, et le dépôt muqueux ne diminuait pas.

Mars 1851. Un matin en se levant, il éprouva de la lassitude dans les jambes, une faiblesse progressive s'empara des membres inférieurs; plus tard il y sentit des fourmillements à la plante des pieds, surtout du côté gauche; il n'a pas éprouvé de douleurs, ni de contractures (cautères, moxas, vésicatoires, ventouses qui n'ont rien changé).

Le 6 novembre 1852, la paralysie du mouvement des membres inférieurs est très-prononcée, il marche avec deux crochettes ; les mouvements dans le lit sont difficiles. La sensibilité est notablement diminuée à la jambe gauche et sur le dos du pied, excepté sur la face externe, un peu au-dessus de la malléole externe, dans ce point il y a hypéresthésie très-notable, la sensibilité est naturelle à la jambe droite. Les mains et les bras ont conservé une vigueur en rapport avec le développement de ses muscles, aucune sensation dans le dos et les reins. La vessie ne se vide pas seule, mais lorsqu'une sonde est introduite, il y a projection du jet à une grande distance. Il est cependant sujet à une constipation opiniâtre, que les lavements combattent avec peine.

En sondant ce malade on ne rencontre qu'un léger obstacle au col qui résiste quelquefois davantage. Si on introduit le doigt dans le rectum, on est étonné de sentir la sonde séparée de l'index par une distance très-petite, on sent comme une gouttière et deux légères saillies à droite et à gauche, il y a probablement un développement anormal de prostate qui n'existe qu'en haut et sur les côtés ; chez Duranti, il y a, si on peut le dire, une anomalie (la prostate plus épaisse naturellement dans la cloison recto-vésicale va en diminuant d'épaisseur dans l'espèce de collier incomplet qu'elle forme au col de la vessie); chez Duranti, cela semble être le contraire, il y a une anomalie dans la position de l'urètre, qui serait situé plus bas et plus près du rectum.

M. Despretz a entrepris un traitement dirigé contre l'affection de vessie, en vue de la guérison de la paraplégie (lavages de la vessie, essence de térébenthine, bains sulfureux). Plus tard il compte tenter la section du col, l'instrument tourné de côté.

Le 15 janvier, la section du col n'est pas encore faite, le traitement a déjà amélioré sensiblement la nature de l'urine, et très-légèrement la paralysie.

28. — *Uréthrites.* — *Rétrécissements, abcès urineux.* — *Paraplégie.*

Bicêtre, service de M. Despretz, salle Saint-Victor, 26, où j'ai puisé le fait fuivant :

Caillet, âgé de 51 ans, employé à la presse dans une imprimerie, est actuellement affecté de rétrécissements presque infranchissables et de paraplégie caractérisée venue petit à petit depuis sept mois.

A 19 ans, première chaudepisse, elle dure 3 mois, il la soigne chez lui par des injections émollientes et de la tisane.

A 29 ans, 2e écoulement, il dure deux mois, il est admis à l'hôpital du Midi (injections, pilules).

Depuis plusieurs années, cet homme urine avec difficulté, plusieurs fois l'urine a été mêlée de sang, elle est trouble. Il y a deux ans un rétrécissement très-fort le conduit à l'hôpital Necker, dans le service de M. Lenoir, salle Saint-Pierre, 20; il y reste un mois. M. Lenoir lui dilate le canal, l'urine est fortement muqueuse. Après un mois de traitement il sort pour se soigner chez lui, et pendant trois mois qu'il y reste, plusieurs rétentions complètes ont lieu; la troisième, qui a duré plusieurs jours, est suivie d'une grosseur énorme dans les bourses, pour le traitement de laquelle il entre à la Charité. M. Velpeau lui ouvre deux vastes abcès urineux, le pus est mêlé à l'urine qui s'écoule par une des plaies (petite sonde à demeure) ; nouveaux abcès, nouvelles incisions ; en tout 5 ou 6 : il sort de la Charité après trois mois de séjour, se trouve beaucoup plus faible qu'à son entrée. Pendant 7 mois les jambes ont diminué de force progressivement, un peu de lourdeur et d'engourdissement passager ont été les seuls phénomènes qu'il ait remarqués; pas de secousses, pas de contractions, pas de fourmillements.

Le 7 décembre, il ne peut marcher sans deux béquilles ; les mouvements dans le lit sont difficiles, il peut cependant lever un peu les jambes au-dessus du plan horizontal. Les membres supérieurs sont vigoureux, la sensibilité tactile et douloureuse est également développée partout. Les gardes-robes sont volontaires et assez fréquentes ; il urine un peu seul quand il sort du bain, le jet est très-fort.

M. Despretz peut à grand'peine lui introduire, après beaucoup de tentatives, une bougie d'un très-petit calibre, la dilatation arrivée à

trois millimètres n'avance plus, l'urine suinte toujours par des fistules.

Fièvre, mauvaise langue, absence d'appétit; plusieurs tentatives de traitement que l'impatience du malade contribuent à rendre inutiles.

15 janvier. Il est placé à la 3e division, salle Saint-Victor, 22, où je vais le voir; il est dans le même état.

Chez ce malade la cautérisation d'avant en arrière conviendrait sans doute pour ouvrir le canal.

Parmi les malades auxquels mon père a donné ses soins, il y en a quelques-uns dont je raconterai les observations.

29. — *Urines alcalines. — Rétention. — Paraplégie commençante. — Guérison.*

M. L..., âgé de 44 ans environ, brun de barbe et de cheveux, d'une constitution robuste et pléthorique, n'a jamais eu vers les femmes une propension très-grande, il accomplissait dans l'occasion l'acte vénérien d'une manière très-convenable; mais il restait des mois entiers sans en éprouver le désir. Il eut, il y a 20 ans, une blennorrhagie légère qui ne laissa aucune trace après elle.

Il y a deux ans, sans cause immédiate appréciable, M. L... s'aperçut qu'il avait de la difficulté à expulser l'urine, qu'il était obligé de faire de grands efforts pour commencer à uriner; en même temps, il remarqua de la faiblesse dans les extrémités inférieures, l'ascension d'un escalier lui causait surtout de la fatigue, son appétence vénérienne diminua encore. Mon père vit, il y a six mois, le malade en consultation avec M. le docteur Mancel, il trouva la prostate à peine plus développée et bosselée du côté du rectum que le comporte l'état normal, sa tuméfaction vers le col de la vessie paraissait plus grande, cependant l'évacuation de l'urine était complète. Ce liquide *était tantôt acide, tantôt alcalin* (M. Rayer, chez les malades qui ont été atteints de paralysie produite par les désordres des organes urinaires, a constamment rencontré cette alternative d'alcalinité et d'acidité), tantôt limpide et inodore, tantôt trouble et exhalant une odeur ammoniacale très-prononcée, ne se troublant ni par la chaleur, ni par l'addition d'acide nitrique. Lorsqu'elle était alcaline, le microscope y faisait voir des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien en très-grand nombre, et, en outre, une multitude de monades (*monas punctum*), corpuscules brillants, et paraissant doués de mouvements spon-

tanés sur lesquels je reviendrai plus loin en parlant du diagnostic.

Des bains sulfureux, l'introduction quotidienne des bougies de gros calibre laissées dans le canal de l'urètre une demi-heure, des frictions énergiques sur la colonne vertébrale, l'administration d'une limonade chlorhydrique, lorsque l'urine était alcaline, produisirent une amélioration très-notable. La marche sur un terrain plat est devenue assez facile pour que le malade ait pu se livrer au plaisir de la chasse. Quant aux urines, elles ne se sont plus montrées alcalines qu'une fois depuis 4 mois.

30.—*Gonflement de la prostate.—Paraplégie avec refroidissement des membres.*

M..., de Bordeaux, 55 ans, d'une constitution robuste, commença à l'âge de 40 ans à éprouver des besoins d'uriner de plus en plus fréquents, jusqu'à rétention d'urine complète, ce qui eut lieu il y a 8 ans. M. Cazenave, de Bordeaux, pratiqua le cathétérisme, il laissa les sondes à demeure pendant un mois, l'impossibilité d'uriner spontanément étant la même, le malade apprit à se sonder, et il continua ainsi pendant six ans.

Un jour, il y a de cela un an, après une journée de marche employée à parcourir une propriété qu'il venait d'acquérir, M... fut pris d'un engourdissement des extrémités inférieures avec sentiment de froid; le lendemain, la marche était impossible. Au bout d'un mois M... put quitter le lit. La faiblesse des jambes cessa peu à peu, mais le sentiment de froid persista presque au même degré; M... est obligé de stimuler continuellement la peau au moyen de frottoirs en flanelle et en crin. La rétention d'urine est toujours complète, la miction n'a lieu qu'au moyen de la sonde; l'urine est limpide et l'a toujours été, souvent même elle est aqueuse; elle n'éprouve aucune altération ni par la chaleur ni par l'acide chlorhydrique; le microscope n'y fait découvrir ni cristaux d'aucune espèce, ni globules muqueux ou purulents; jamais il n'a eu de pertes séminales, les facultés génératrices n'ont subi d'autres diminutions que celles dépendant de l'âge; jamais de douleurs dans les régions des reins et de la moelle épinière. Tel est le résultat de l'examen fait, il y a peu de temps, par mon père, que le malade est venu consulter.

Ici l'engorgement de la prostate, cause de la rétention d'urine et de la paraplégie incomplète, se montre seul dégagé de toute complication.

Des douches intra-uréthrales pratiquées avec la sonde à double courant *uréthral*, des bains sulfureux, des douches de vapeur, ont été d'abord mis en usage. — Un mieux sensible n'a pas tardé à se manifester.

31. — *Blennorrhagies successives. — Rétrécissements. — Gonflement de la prostate. — Paraplégie améliorée.*

M. L..., âgé de 71 ans, longtemps officier de cavalerie, contracte une première gonorrhée à 22 ans; elle dure deux années. Quatre autres de même durée suivent celle-là et sont traitées par les injections astringentes. Le jet diminue seulement dix ans après la dernière. Premier traitement, en 1818, par M. Petit, au moyen de la bougie armée; trente-cinq applications, amélioration pendant trois ans, puis retour de la difficulté d'uriner. Deuxième traitement par Nicod : trente cautérisations latérales par le procédé Ducamp; nouvelle amélioration pendant trois autres années, troisième traitement par M. Pasquier, au moyen des bougies; il demeure incomplet, à cause du manque de persévérance du malade. Quatrième traitement au moyen des bougies suivi de cautérisation, par M. Dubouchet; amélioration pendant deux ans, reproduction, *affaiblissement des membres inférieurs et tremblements.*

Cinquième traitement par mon père en 1839; scarification, cautérisation, dilatation permanente, brusque, suivie de bougies temporaires. — Amélioration pendant quatre ans. Depuis un an, le jet est redevenu petit, la *faiblesse des extrémités inférieures a beaucoup augmenté*. M. L... se décide à revenir à Paris consulter mon père. Deux jours de dilatation permanente brusque rendent à son urètre le diamètre normal; mais l'hypertrophie de la prostate, dont les progrès pendant les quatre ans qui viennent de s'écouler sont très-sensibles, n'est pas de nature à céder aussi facilement. Des douches et des bains de vapeur sulfureux ont été employés, pour essayer d'arrêter son développement et celui de la paraplégie ; mais sans *obtenir un succès entier*. Le malade est retourné chez lui.

32. — *Pollutions nocturnes. — Masturbation. — Blennorrhagies. — Rétrécissements. — Prostatite. — Urine alcaline. — Paraplégie commençante, stationnaire.*

Dans l'observation qui suit, on pourrait attribuer la para-

plégie à trois causes bien différentes : 1° à l'affection des organes urinaires ; 2° à un traitement mercuriel ; 3° enfin à la myélite. Je dirai les raisons qui me portent à penser qu'on doit l'attribuer à l'affection urinaire.

M. B..., 55 ans, coiffeur, s'est livré à la masturbation à 18 ans pendant une année ; plus tard, il a été souvent masturbé par les femmes ; à 32 ans, il eut de fréquentes pollutions nocturnes avec rêves érotiques ; jamais il ne s'est aperçu qu'il ait eu des pertes séminales diurnes, bien qu'il fût habituellement constipé, et que, depuis sept ans qu'il a consulté mon père, son attention ait été éveillée sur ce point.

A 32 ans également, B... contracta un écoulement léger, contre lequel il n'employa aucun traitement ; depuis lors, ce suintement a persisté au même degré.

Vers l'âge de 42 ans, B... s'aperçut que le jet de son urine se déformait et diminuait de calibre ; la difficulté alla croissant.

A 46 ans, il survint de la faiblesse dans les jambes, à tel point que les courses tant soit peu longues ne pouvaient être supportées.

A 48 ans, il consulta mon père, qui reconnut, en arrière du bulbe, un rétrécissement n'admettant pas plus de deux millimètres : des bougies graduellement plus grosses furent introduites ; mais par l'insouciance du malade, la dilatation ne fut pas portée au delà de quatre millimètres et demi.

Les antécédents de M. B... et les symptômes actuels étaient de nature à faire soupçonner des pertes séminales diurnes, car les pollutions nocturnes avaient cessé depuis longtemps. M. Leroy, d'Etiolles, recommanda au malade d'y faire grande attention, et lui remit un verre de montre pour recueillir le fluide visqueux qu'il verrait s'échapper de l'urètre au moment de la défécation.

L'urine était alcaline ; elle ne se troublait ni par l'ébullition, ni par l'addition de l'acide chlorhydrique. Le microscope y faisait découvrir des globules muqueux, de nombreux cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, et ces globules ronds, transparents, dont la présence dans l'urine fraîchement évacuée est l'indice d'une prostatite ; mais il n'y avait pas un seul zoosperne.

En 1846, une syphilide envahit toute la cuisse droite et une *corona veneris* ceignit le front. B... fit un traitement par des pilules (car il ne sait pas lesquelles), la tisane de saponaire et le sirop de Cuisinier. Au mois de décembre 1847, en traversant le boulevard, le malade sentit tout à coup les jambes manquer sous lui ; il ne tomba pas

cependant, il put regagner son logis, et depuis ce moment il n'a pu marcher qu'à l'aide d'un bâton ; encore n'a-t-il pas toujours été préservé des chutes. Six mois après, M. le docteur Deslandes prescrivit les pilules de seigle ergoté, bains sulfureux, tisane de chiendent, sans résultat satisfaisant. Notre vénéré maître, le professeur Marjolin, conseilla des douches froides et des frictions avec de la teinture de noix vomique, tout le long du rachis, sans plus de succès.

Cependant le rétrécissement, qui n'avait été dilaté que très-imparfaitement il y a sept ans, avait presque complétement effacé le calibre de l'urètre. Plusieurs fois des rétentions d'urine survinrent, que le malade faisait cesser en introduisant une petite bougie qu'il appuyait contre l'obstacle sans jamais le franchir. Il y a dix jours, ne pouvant plus uriner et la bougie étant insuffisante, cette fois, B... fit appeler mon père, qui passa une bougie capillaire, et je continuai d'en introduire d'autres plus grosses.

La paraplégie a fait des progrès, le tremblement des jambes est plus marqué, et cependant le malade éprouve un besoin impérieux de locomotion, qu'il ne peut satisfaire. — Il garde le lit. Son urine a exactement les mêmes caractères chimiques et microscopiques qu'il y a sept ans.

La syphilide de la cuisse n'est pas guérie. Il y a six mois, M. le docteur Deschamps lui a cependant fait suivre un traitement par l'iodure de mercure d'abord, et l'iodure de potassium ensuite.

La sensibilité dorsale est nulle, une éponge trempée dans l'eau chaude et promenée sur le rachis ne produit aucune douleur.

Le malade avait 51 ans, quand lui survint à la cuisse la syphilide pour laquelle il fit un traitement; mais il avait 46 ans quand la paraplégie a débuté, c'est-à-dire cinq ans avant le premier traitement mercuriel. On ne peut donc attribuer le tremblement et la paralysie au mercure, pas plus que pour M. L... (page 114), qui n'en avait pas pris un atome, ni pour Bacq, dont j'ai emprunté l'observation à M. Rayer.

33. — *Gonflement de la prostate. — Rétention d'urine. — Catarrhe. — Paraplégie avec refroidissement. — Guérison du catarrhe et de la paralysie.*

J'ai observé ce malade avec mon père.

M. D..., oncle d'un de mes amis de pension, âgé de 50 ans, d'une constitution sèche et nerveuse, ressentit, il y a 4 ans, les symptômes de la pierre; il se confia aux soins d'un habile opérateur, qui pratiqua la lithotritie avec un plein succès; seulement il arriva une cir-

constance tout à fait indépendante de la manœuvre, mais causée par la forme du col de la vessie et la nature du calcul, qui était formé d'oxalate de chaux, par conséquent mamelonné ; il arriva, dis-je, que plusieurs fois des fragments s'engagèrent dans le col de la vessie, dans la partie prostatique de l'urèthre, y séjournèrent et nécessitèrent des manœuvres d'extraction ou de répulsion dans la vessie ; plusieurs fois il fallut laisser des sondes à demeure, pour prévenir cet engorgement. Toutes ces causes déterminèrent un état inflammatoire latent de la prostate, qui ne se manifesta complètement qu'après la guérison de la pierre. Le col de la vessie se tuméfia graduellement ; il s'y forma cette espèce de barrière nommée *luette* par Vallisnieri, qu'Everardhome a considérée comme un *troisième lobe*, que mon père, M. Leroy, d'Etiolles, a décrite en 1825 sous le nom de *bourrelet transversal ;* auquel M. Guthrie, en 1833, a donné le nom de *barre transversale* et qu'on a décrite comme une valvule en 1836, cette luette, ce lobe, ce bourrelet, cette valvule, comme l'on voudra, se développant peu à peu, rendit de moins en moins complète l'évacuation de l'urine, qui devenait plus trouble et plus puante de jour en jour. La miction s'exécutait avec une trompeuse facilité, mais elle se renouvelait toutes les heures.

Les extrémités inférieures devinrent faibles et froides ; M. D... ne pouvait plus aller au ministère, dans lequel il remplit des fonctions importantes ; le travail lui devenait difficile, l'appétit était nul, il y avait de la soif et un état sous-fébrile habituel ; ce fut dans de telles conditions que M. D... consulta mon père. Le diagnostic était aisé ; ces abondantes et faciles émissions d'urine ne pouvaient empêcher de voir tout d'abord derrière elles une rétention incomplète et un catarrhe de vessie par croupissement de l'urine.

L'introduction de la sonde en fournit immédiatement la preuve ; près de 2 litres d'une urine trouble, déposant même des matières purulentes, furent extraits par la sonde, et le besoin ne se renouvela qu'au bout de 15 heures ; l'indication était de suppléer à l'insuffisance de la nature et d'évacuer artificiellement l'urine. M. D... apprit à introduire une sonde courbe flexible, il s'en servit trois fois le jour. Mon père annonça que dans peu de jours l'urine aurait repris sa transparence et son odeur naturelle, pourvu que l'inflammation ne se fût pas étendue aux reins et n'y eût pas déterminé une pyélo-néphrite. Heureusement que la rétention n'avait pas encore amené ce résultat, inévitable à la longue. L'urine s'éclaircit en effet au bout de huit jours, l'appétit revint, *les jambes se raffermirent*, se réchauffèrent ; les forces générales reparurent peu à peu, l'intelligence reprit toute sa netteté et M. D... se retrouva le même homme qu'auparavant.

Un jour, le malade venait de se sonder avec la sonde de gomme, mon père, en imprimant à cette sonde quelques mouvements de va-et-vient, sentit un grattement produit par un corps dur ; il introduisit un brise-pierre à cuiller, et pratiqua immédiatement l'écrasement et l'extraction d'une petite pierre de phosphate ammoniaco-magnésien, formée depuis peu dans le dépôt de l'urine.

Cependant la dysurie devint ischurie complète, c'est-à-dire qu'il ne sortait plus une seule goutte d'urine sans la sonde. Cela peut paraître un inconvénient du cathétérisme répété ; mais entre deux maux, il faut choisir le moindre, et comme la stagnation de l'urine dans la vessie mettait la vie en danger, il n'y avait pas à hésiter.

Cependant il a été convenu dernièrement, dans une consultation avec le docteur Gobert, médecin habituel du malade, que, pour rétablir l'intégrité de la fonction, on tenterait la pression du col de la vessie, les irrigations continues intra-uréthrales, et dans le cas d'insuccès, l'incision du bourrelet ou valvule dont on suppose l'existence.

34. — *Abcès dans la prostate. — Fistule vésico-rectale, fistule uréthrale. — Calculs dans la prostate.— Paraplégie.— Mort.*

M. de L..., officier supérieur, avait été fait prisonnier à la bataille de Leipsick, et envoyé vers le nord de la Bohême. Il s'échappa au bout de quelques mois de captivité, et se dirigea vers la France, se cachant dans les forêts, vivant misérablement, et forcé quelquefois de rester des journées entières perché sur un arbre, exposé à des pluies torrentielles. Il revit sa patrie, mais chargé de rhumatismes. Les organes sur lesquels parut se fixer avec le plus de prédilection le principe rhumatismal furent la vessie et la prostate ; il trouve là réunis, en effet, les deux tissus qu'il envahit d'ordinaire : les tissus musculaires et fibreux.

Les besoins d'uriner devinrent fréquents et accompagnés de douleurs qui firent croire à l'existence d'un calcul ; la sonde n'en fit pas rencontrer. M. de L... avait repris du service sous la Restauration ; forcé d'être souvent à cheval pendant la campagne de 1823, en Espagne, il avait vu s'augmenter les douleurs au col de la vessie et la difficulté de la miction. Il se manifesta par l'urètre un suintement qui, d'abord gommeux et incolore, était devenu opalin et augmentait en abondance. M. de L.... se rendit à Montpellier, où M. Lallemand lui pratiqua sur le col de la vessie et la région prostatique de l'urèthre des cautérisations qui demeurèrent inefficaces ; l'état du malade resta stationnaire pendant quelques années, puis l'urine se troubla et devint

catarrhale, *les extrémités inférieures perdirent de leur force; M. de L...ne pouvait plus marcher sans le secours d'une canne* ; plusieurs rétentions d'urine forcèrent de pratiquer le cathétérisme; un flux abondant eut lieu par l'anus; les astringents et les styptiques à l'intérieur et en lavement ne purent l'arrêter ni même le diminuer. L'urine devint rare et fétide, elle laissait déposer une énorme quantité de mucus et de pus; sa sortie avait lieu difficilement, le besoin de l'expulser se reproduisait toutes les demi-heures; les sondes, qui jusqu'alors avaient pénétré facilement, cessèrent de pouvoir franchir le col; un abcès urineux se forma au périnée, près de la marge de l'anus, et laissa après lui une fistule. La *paraplégie*, pendant que cette succession d'événements s'accomplissait, avait fait des progrès rapides. Enfin un médecin s'avisa d'examiner de plus près le flux abondant qui avait lieu depuis plusieurs années par l'anus, et il reconnut que c'était de l'urine.

Voilà dans quel état se trouvait le malade lorsqu'il vint à Paris réclamer les soins de mon père, qui, entre les autres maux précédemment énumérés, découvrit avec la sonde des calculs dans la prostate; un stylet introduit dans la fistule du périnée parvenait dans une cavité contenant des calculs ou des graviers, au moyen d'un petit brise-pierre urétrale à cuiller, M. Leroy d'Étiolles saisit et écrasa plusieurs graviers prostatiques et fit l'extraction des débris.

M. le docteur de la Berge, ami de M. de L.. , fut présent à l'exploration et aux premières extractions des petits calculs prostatiques ; il ne cessa de visiter le malade pendant toute la durée de son séjour à Paris. Après ces opérations, le col de la vessie s'étant un peu détuméfié, on put faire parvenir dans la cavité de cet organe une de ces petites sondes coudées, flexibles, qui sont une si précieuse ressource dans les rétentions d'urine causées par des engorgements inégaux de la prostate avec déviation de l'urètre; elle donna issue à un verre environ d'urine bourbeuse fétide ; la sonde fut fixée à demeure et remplacée par une autre plus grosse ; après quelques jours, une troisième de 7 millimètres et demi suivit, et la dilatation étant suffisante, on la cessa ; l'urine s'était éclaircie et les besoins d'uriner étaient éloignés de deux heures. Cependant, comme la vessie était incapable de se vider complétement par ses seuls efforts, M. de L... apprit à introduire la sonde, et il le faisait trois fois par jour. L'écrasement et l'extraction des graviers contenus dans la prostate furent repris et complétés, ou du moins on n'en sentait plus ni avec la sonde, ni avec le petit brise-pierre, dans la poche qui s'était creusée pour eux dans la prostate. Le flux par l'anus avait beaucoup diminué depuis la formation de la fistule au périnée; la fistule urinaire rectale fut fermée à son tour.

Restait donc la paraplégie, contre laquelle avaient été précédemment mis en usage tous les moyens que possède la science, sauf l'électro-magnétisme. Mon père en fit l'application avec les tampons mouillés, les pinceaux métalliques et les aiguilles, mais sans résultats bien satisfaisants ; les plus grandes migrations du malade étaient toujours du lit à la table du dîner, ou à la garde-robe. M. de L... quitta Paris pour retourner en Bourgogne, où il résidait habituellement ; il est mort un an après. L'autopsie n'a pas été faite.

Il me semble difficile de suivre mieux que dans cette relation la marche de la maladie, et l'influence de l'état morbide de la prostate sur la production de la paraplégie.

35. —*Rétention d'urine causée par une tuméfaction de la prostate. — Cystite chronique. — Paraplégie.*

M. de Bla..., d'une complexion très-vigoureuse, très-brun de cheveux et de barbe, âgé d'environ 46 ans, est né dans le midi de la France, son imagination et son intelligence sont vives et très-développées.

Il a contracté dans sa jeunesse deux uréthrites qui ont résisté quelques mois à un traitement assidu. Il aimait beaucoup les femmes, et a souvent abusé des plaisirs vénériens. Vers l'âge de 36 ans, l'urine était épanchée avec un peu de difficulté ; quatre ans après, l'urine était trouble et odorante, les envies étaient fréquentes.

Il suivait à cette époque un traitement qui améliora quelque temps son état ; il cessa de se soigner, et bientôt plus malade qu'auparavant, il fut pris de rétention d'urine incomplète, avec incontinence. Au bout de quelques mois, les jambes devinrent paresseuses ; il éprouva de la lassitude dans les reins.

Il vint consulter mon père ; une sonde introduite dans la vessie, fit sortir une grande quantité de liquide. M. Rayer, qui vit avec lui ce malade, *constata une grande faiblesse des membres inférieurs avec conservation de la sensibilité* ; l'appui d'une canne est devenu nécessaire.

Le toucher rectal décèle une tuméfaction notable de la prostate.

Le cathétérisme est pratiqué plusieurs fois par jour, des injections émollientes, puis médicamenteuses, sont faites dans la vessie ; balsamiques à l'intérieur, bains sulfureux, saison à Enghien, une amélioration notable, mais incomplète, a suivi ce traitement.

M. de B... a refusé de se laisser faire une incision sur le col. La

vessie ne se vide pas seule. Il est en ce moment à Nice, toujours faible des membres inférieurs.

Mon ami, M. Demarquay, chirurgien des hôpitaux, m'a communiqué un fait qu'il a observé, sur lequel il n'a malheureusement pas conservé de notes. Le sujet est un homme d'une quarantaine d'années, qui, à la suite d'une blennorrhagie et d'un rétrécissement qui lui a succédé, a été affecté d'un catarrhe vésical très-intense et de gonflement de la prostate. Une paraplégie au bout de deux ans est survenue; le malade est mort, l'autopsie n'a pas été faite.

36. — *Tuméfaction de la prostate. — Rétention d'urine. — Cystite, paraplégie. — Traitement et Injections résineux. — Cathétérisme. — Guérison.*

J'ai suivi plusieurs années l'état du malade dont parle cette observation.

M. V..., architecte, rue de la Victoire.

Je laisse parler le malade, auquel j'ai demandé une note sur sa maladie, en lui indiquant les questions auxquelles il devait répondre :

— J'accomplis ma 73e année.

— Je n'ai pas eu de maladies syphilitiques.

— J'ai eu des hémorrhoïdes, mais depuis longtemps elles me laissent tranquille.

— Dès longtemps une sueur avait lieu au périnée et au bas du dos, où elle était très-abondante.

— Dès 1831, c'est-à-dire vers l'âge de 53 ans, j'ai ressenti le besoin d'uriner souvent.

— Dans les années 1846 et 1847 (automne et hiver), j'ai eu des dévoiements longs et fatigants, je ne rendais que de l'eau dans le commencement. Ils ont cessé depuis...

— Ma profession d'architecte ne m'obligeant pas à des travaux de cabinet d'une manière suivie, j'urinais à des intervalles irréguliers, chez moi, aussitôt que j'en ressentais le besoin; sur les travaux, au contraire, je restais quelquefois fort longtemps sans être libre de lâcher de l'eau. Plusieurs fois je me suis étonné de ne rendre que peu de liquide en comparaison du temps que j'étais resté sans satisfaire mon envie, mais en revanche j'urinais alors plusieurs fois de suite.

— J'ai ressenti, dans le courant de l'année 1849, certains jours

plutôt que d'autres, une grande faiblesse dans les jambes, quelquefois un tremblement. Vers la fin de 1849, l'incontinence a commencé et a toujours suivi une marche progressive, de sorte que j'ai été contraint de faire usage d'un urinoir portatif.

— Depuis 1850, la faiblesse est devenue plus grande, je me trouve jaune quand je me regarde dans une glace, l'appétit est presque nul, je mange pour me soutenir. Je suis habituellement constipé. *Ma faiblesse* a été quelquefois jusqu'à l'étourdissement.

— Le 30 août 1850, j'ai eu un coup de sang, je suis tombé dans la rue de la Victoire.

—1851, je ne puis plus descendre l'escalier, l'incontinence augmente.

— Le 3 mai, je vais consulter M. le professeur Velpeau, il m'a ordonné des pilules de sulfate de quinine et d'extrait de valériane. Je les ai prises. Voici l'effet produit : J'ai rendu un peu de sang par le canal de l'urètre et mon urine de limpide est devenue trouble avec dépôt d'une matière muqueuse et blanchâtre.

— Le 11 juin, je suis allé en voiture et aidé par quelqu'un chez M. Leroy d'Etiolles ; *car depuis longtemps la jambe gauche est faible et l'usage de la cuisse et de la jambe droite est difficile ;* j'éprouve une douleur au-dessous du genou, j'ai eu des varices à cette jambe.

M. Leroy, après m'avoir interrogé, m'a dit que ma vessie ne se vidait pas, que l'incontinence d'urine dont je me plaignais n'était que la conséquence de la rétention, et il m'offrit de m'en donner à l'instant la preuve, en insinuant dans ma vessie une sonde de gomme flexible. Malgré l'éloignement que je ressentais pour l'introduction de la sonde, l'assurance avec laquelle parlait ce chirurgien m'a entraîné, je me suis laissé faire ; je venais d'uriner, et cependant la sonde amena du liquide plein le vase de nuit.

— Je sentis la nécessité de suivre le traitement qui m'était dicté. Trois fois par jour je fus sondé ; on me lava la vessie avec de l'eau tiède. Un régime doux me fut indiqué.

— Le 26 juin, M. Rayer (que M. Leroy avait appelé en consultation) fut de l'avis de ce dernier, que la faiblesse des jambes, que la perte d'appétit, de la santé, tout cela était dû à la distension continuelle que produisait l'urine sur la vessie, les uretères et les reins : qu'il s'opérait une résorption urineuse et purulente ; qu'il fallait continuer l'introduction répétée de la sonde et les lavages de la vessie : en effet le toucher pratiqué par ces deux médecins, les confirma dans leur opinion que la prostate, par son développement, mettait obstacle à l'écoulement de l'urine.

— J'appris à me sonder dans les premiers jours de juillet, et je con-

tinuai de vider régulièrement le réservoir de l'urine et de le laver avec de l'eau tiède.

— 15 août, je me sens beaucoup mieux, je marche, je puis monter et descendre l'escalier, j'ai de l'appétit, pas tous les jours cependant; je commence l'usage des résineux en boissons, je fais des injections d'eau de goudron.

— 18 août, je suis allé à pied au Château d'Eau le matin, et j'ai bien déjeuné à mon retour. »

M. V.... auquel j'ai continué de donner des soins depuis 1851 est aujourd'hui 1er septembre 1854 dans un état de santé des plus satisfaisants, pour un homme de 76 ans. La faiblesse des jambes n'a pas reparu, mais j'ajouterai que jamais M. V.... n'a manqué un jour de faire ses lavages dans la vessie.

De cette observation, il est permis de tirer les conclusions suivantes :

1° La syphilis et le mercure sont étrangers à la production des phénomènes de paralysie.

2° Le coup de sang ou attaque apoplectiforme, éprouvé en 1850, n'est pas la cause de ces phénomènes, car ils l'avaient précédé d'une année, et puis une apoplexie cérébrale laisse après elle une hémiplégie et non une paraplégie.

3° La paraplégie a donc été la conséquence des altérations de l'appareil urinaire, — car les forces sont revenues promptement après l'amélioration de l'appareil urinaire.

4° Les hémorrhoïdes ont été le point de départ des désordres.

En effet, il y avait primitivement chez M. V... un grand développement des vaisseaux hémorrhoïdaux, et à partir du moment où les hémorrhoïdes ont cessé de le tourmenter, les altérations des organes urinaires se sont montrées, la turgescence et l'inflammation s'étant portées du rectum sur la prostate par des vaisseaux communs (1).

(1) Le plexus veineux, appelé pelvi-périnéal, fournit au rectum et à la gaîne fibreuse de la prostate; il forme ainsi deux plexus secondaires, un vésical et l'autre hémorrhoïdal. Il en est de même pour l'artère hémorrhoïdale, branche interne de l'hypogastrique ou de la honteuse interne, qui, en se rendant à la face antérieure du rectum, envoie plusieurs rameaux au col de la vessie et à la prostate.

37. — *Hypertrophie chronique de la prostate. — Rétention d'urine. — Paraplégie. — Plusieurs abcès de la glande. — Guérison.*

Les médecins soussignés réunis en consultation près de M. le comte D. de L.... émettent leur opinion comme il suit :

Il existe une hypertrophie de la prostate dont le volume est presque triple de l'état normal, l'engorgement de cette glande paraît remonter à six années, si l'on en juge par la fréquence plus grande des besoins d'uriner qui a commencé à cette époque.

Il existe dans les membres inférieurs un affaiblissement, un engourdissement, qui se sont manifestés peu de temps après l'apparition des premiers désordres dans les fonctions urinaires, c'est-à-dire, il y a cinq ans et demie. Ces symptômes se sont aggravés depuis un an, après que l'engorgement de la prostate eut produit une rétention complète d'urine à laquelle le cathétérisme a remédié non sans de grandes difficultés ; ils ont encore augmenté depuis six semaines, après l'aggravation des symptômes de la prostatite et son passage de l'état chronique à l'état aigu. Des douleurs ayant le caractère de constriction et de crampe sont venues s'y joindre, au moment de l'émission de l'urine ; des mouvements spasmodiques et convulsifs s'y manifestaient. *La faiblesse est plus grande du côté gauche que du côté droit*, le malade ne se soutient pas sur cette jambe et à peine sur l'autre, il n'y a aucune diminution de la sensibilité. Les évacuations alvines sont régulières ; il n'y a eu de douleurs dans aucun point de la colonne vertébrale.

L'urine, bien qu'elle soit évacuée par la sonde quatre fois par jour, est fortement odorante, d'un jaune brun ; elle est acide, mais légèrement, sa pesanteur est de 1,029, elle est nuageuse. Le microscope y fait voir un grand nombre de globules de pus et des globules sanguins, déchirés pour la plupart et ayant laissé épancher la matière colorante. Point d'albuminurie, concrétion de la fibrine en écume par la chaleur.

Comme antécédent on trouve 1° le pissement au lit, prolongé jusqu'à l'adolescence; 2° l'hypertrophie actuelle de la prostate compliquée de pierres phosphatiques secondaires, chez deux cousins germains de M. D.... fils des deux sœurs de sa mère ; 3° un père rhumatisé au plus haut degré ; une mère fortement goutteuse de 25 à 40 ans.

De l'ensemble de ces circonstances, les médecins soussignés tirent cette conséquence que l'engorgement de la prostate est la cause principale et le point de départ des perturbations observées par le trouble qu'il a produit dans les fonctions urinaires et par la compression

exercée sur les nerfs du plexus sacré. Le principe rhumatismal est venu joindre son action et modifier les symptômes.

La prostatite ayant été combattue dans la période aiguë par trois applications de sangsues et des bains, les médecins soussignés pensent qu'il n'y a pas lieu, dans l'état actuel des choses, d'insister sur les émissions sanguines. La réaction qui se fait en ce moment vers les reins et les organes digestifs, paraît devoir fixer d'abord l'attention ; lorsque les organes présidant à ces deux ordres de fonctions seront dégagés, que les mouvements fébriles nocturnes auront cessé, que la langue sera plus humide, que l'appétence sera revenue, l'on pourra songer à combattre la cause de la rétention d'urine en exerçant sur la prostate une pression soit par la sonde, laissée à demeure aussi longtemps que faire se pourra sans produire de l'irritation, soit par les dilatateurs du col de la vessie. Dans le cas d'insuccès de ces moyens, il y aurait lieu d'examiner la question de l'opportunité des scarifications sur la partie saillante de la prostate et sur le bourrelet formé au col de la vessie.

Quant à présent les médecins soussignés conseillent :

1° Des frictions sur les membres inférieurs et sur les lombes avec un liniment térébenthiné ;

2° Des bains de calorique avec fumigations résineuses et plus tard sulfureuses ;

3° L'administration des préparations de quinine dans l'intervalle des accès fébriles ;

4° L'usage de flanelle sur la peau ;

5° L'application sur la région des reins, de ventouses sèches et scarifiées.

Lorsque les phénomènes inflammatoires, dont la vessie et la prostate sont le siége, se seront terminées ou par la suppuration ou par la résolution ; si l'évacuation spontanée de l'urine continue à ne se faire qu'incomplétement et lorsque la santé générale le permettra, il conviendra d'entreprendre le traitement résolutif de l'engorgement de la prostate, et de faire cesser l'obstacle qu'il met à la sortie de l'urine ; pour cela on mettra successivement en usage la pression continue par la sonde à demeure pendant deux ou trois jours. La dépression de la portion tuméfiée de la glande, et à défaut de réussite de ces deux moyens, l'incision et l'excision d'une portion du bourrelet qui produit cet obstacle.

Paris, le 20 août 1852.

Signé : MAGENDIE, RAYER, LEROY D'ETIOLLES.

Trois semaines après, le sentiment de pesanteur sur le rectum

devint plus sensible, les douleurs prostatiques de vives devinrent lancinantes, et le 18 septembre, la sonde amena une quantité de pus que l'on peut évaluer à 120 grammes de liquide. Il était mêlé à de l'urine, la quantité de pus diminua graduellement pendant les quatre jours qui suivirent, puis a cessé ; la douleur reparut dans la région périnale, puis *un nouvel abcès se fit jour. Ces alternatives se succédèrent ainsi cinq fois*, pour ne plus se remontrer. Depuis lors l'urine devint claire.

Actuellement l'émission commence à se faire spontanément, et la quantité évacuée augmente chaque jour. La sonde que M. D..., ne met qu'une fois par jour, n'amène plus au dehors qu'un demi-verre de liquide.

La force augmente d'une façon sensible, le malade s'est rendu dans les derniers jours de novembre chez M. Rayer et a pu franchir sans soutien une cour et une quinzaine de degrés, ce qu'il n'aurait pu faire auparavant.

Aujourd'hui 5 décembre, j'ai rencontré M. le comte de D.... se promenant sur le boulevard, lentement et un peu courbé ; il y a loin de là à l'absence complète de la myotolité existant quelques mois auparavant.

J'ai pris l'observation suivante à l'hôpital de la clinique, d'après le conseil de M. le professeur Nélaton, qui m'a indiqué le malade qui en fait l'objet comme affecté de paralysie indépendante de lésion morbide de la moelle et produite par un trouble dans les fonctions des organes urinaires.

On peut, je l'avoue, d'après le fait suivant, élever des doutes sur la véritable cause de la paraplégie. D'abord, je n'ai pu faire l'autopsie et donner une preuve matérielle, et de plus le sujet a contracté souvent des maladies vénériennes traitées par du mercure; une syphilis constitutionnelle s'est manifestée par des accidents secondaires à la face et tertiaires au bras. L'exostose qui s'est montrée au bras droit permet de supposer qu'une production semblable s'est développée dans le canal rachidien, ainsi que j'en rapporte de curieux exemples en traitant les paraplégies par compression. Je répondrai à cette manière de voir que j'ai soulevée à dessein par une opinion contraire mais plus admissible. L'homme dont il est question a remarqué l'exostose du bras huit ans avant d'avoir ressenti

aucune faiblesse dans les jambes; à cette époque, M. Nélaton lui fit suivre un traitement. Six mois après il était complétement guéri, et sa santé fut parfaite pendant cinq ans, et ne fut troublée que par un changement survenu dans l'émission de l'urine, et causé par des rétrécissements très-forts dus aux nombreuses gonorrhées qu'il a contractées. Depuis lors pendant trois ans l'état de son canal et celui de sa vessie allèrent de mal en pis; *alors survint la faiblesse*, mais aucun signe de syphilis.

38. — *Clinique. — Service de M. le professeur Nélaton. — Salle de chirurgie.*

Bascle (surnommé Paysan), Jean-Baptiste, 56 ans, connu par son talent au jeu de billard, entre le 2 novembre 1852.

Homme de petite taille, bien constitué, n'a jamais eu à souffrir de maladie longue ou grave. Ses ascendants ont joui du même privilége; par contre, il a eu fréquemment à se plaindre des jeux de l'amour et de ses suites. Voici un court exposé de ces accidents.

Il y a 40 ans, à 16 ans, Paysan contracte une urétrite qui ne persiste qu'un mois, il a pris des pilules dont il ignore la nature, n'a pas pas fait d'injections.

Il y a 36 *années*, à 20 ans, est affecté d'un chancre qui a son siége dans la rainure qui sépare le gland du prépuce, une cautérisation est faite dès le lendemain; pilules mercurielles, frictions d'hydrargyre dans les aines; stomatite, salivation abondante. Huit jours ont amené la guérison de l'ulcération.

Il y a 28 *ans*, à 28 ans, étant à Marseille, une nouvelle ulcération se déclare dans la même région, elle atteint en surface la largeur d'une lentille, dure une quinzaine. Bains répétés, pilules, orgeat, pas de frictions.

Il y a 16 *années*, à 40 ans, ce malade est atteint à Paris d'un nouveau chancre. Même traitement.

Il y a 11 *années*, à 45 ans, encore un chancre qu'un traitement actif fait promptement disparaître. Encore des frictions.

Il y a 9 *années*, à 47 ans, nouvelle et dernière ulcération syphilitique qui s'est évanouie aussi promptement que les autres, mais qui a contribué comme les autres à infecter l'économie. Depuis deux ans déjà, il portait en haut de la joue gauche une petite plaque d'un rouge violacé livide. Cette tache s'est étendue progressivement, et avait

envahi à cette époque la joue gauche, la paupière inférieure, le nez, le côté gauche de la lèvre et le menton; de véritables tubercules, plus rouges que le fond, s'élevaient çà et là, et l'ensemble était d'un aspect assez reconnaissable, pour qu'à première vue, plusieurs médecins l'aient engagé à soigner ce reste de ses péchés. Un médecin lui a fait au visage sur les régions malades, une lotion avec une eau blanche qui était, sans doute, arsénicale, car elle a produit des vésicules; on a renouvelé deux fois cette application. Il éprouvait en même temps de violentes douleurs dans la partie postérieure du bras droit.

Un mois après, Paysan va consulter M. le professeur Nélaton qui prescrit à ce malade, autant qu'il se le rappelle, un traitement par l'iodure de potassium, des bains, etc.

Un jour, en se rendant au bain, il fait une chute dans la cour de l'établissement, un quart d'heure après, il est dans l'eau qui lui paraît glaciale, il est pris de frisson, de claquements de dents, il sort à grande peine de la baignoire, une faiblesse générale l'accable.

Les jours suivants, son bras droit seul reste faible, et le 5e jour, tout mouvement est anéanti dans ce membre, l'insensibilité restant complète. L'attention fixée sur le bras y fait découvrir une exostose grosse comme une bille, placée entre le faisceau externe du triceps et le bord externe du biceps, à trois travers de doigt de l'articulation du coude, on appuie sur le même traitement, pilules, frictions, sangsues; échelonnées sur le côté externe du bras (3 petits vésicatoires, bains de vapeur).

Lourdeur dans la région lombaire, large vésicatoire, bains de vapeur. Il les prend par économie d'une manière assez simple et remplissant parfaitement le but proposé : une grande marmite en terre est placée sur un petit fourneau; lorsque l'eau de guimauve aromatisée de quelques plantes entre en ébullition, il s'assied; on la place entre ses jambes, et on le couvre d'une couverture de laine qui l'enveloppe hermétiquement jusqu'au cou. Six mois après il est guéri.

Depuis 49 jusqu'à 53 ans, il est en parfaite santé. Jusqu'alors aucun changement ne s'est manifesté dans l'émission des urines; le jet avait été d'un diamètre normal, les envies assez espacées.

Il y a trois ans que les premiers changements dans les fonctions urinaires se sont fait sentir. Il y avait une grande variété dans la manière d'être du sujet; tantôt les envies étaient éloignées et le jet naturel; la vessie se vidait promptement, il en était surtout ainsi deux heures après le déjeuner du matin composé de café au lait. Tantôt au contraire il urinait souvent le jour, 4 ou 5 fois dans la nuit; le moment venu de satisfaire le besoin, était d'abord suivi de

l'écoulement difficile de quelques gouttes douloureuses qui se rapprochaient de plus en plus pour former un petit jet, qui au premier moment était tortillé, puis qui, prenant de la force, était de la grosseur d'une petite ficelle. Cette difficulté s'est répétée de plus en plus souvent jusqu'à devenir l'habitude, et la facilité l'exception. Une fois même, il y eut quelques heures une rétention d'urine complète.

L'urine n'était pas trouble, ni purulente, elle n'a jamais laissé déposer de matière filante s'attachant au vase, quelquefois seulement du sable rougeâtre, impalpable, et un cercle rose au niveau du liquide.

Il y a plus de deux ans, c'est-à-dire 7 ou 8 mois après, *une légère incertitude dans les mouvements des jambes surprend le malade;* elle augmente graduellement et devient une faiblesse bien marquée.

Il y a 18 mois, après une longue marche, faite plus facilement que d'habitude, *il est pris d'une telle faiblesse qu'il est obligé de se soutenir sur deux de ses parents pour continuer péniblement la route. La jambe gauche surtout refuse d'obéir.* Il est forcé de faire des haltes dans ses pérégrinations, *une fois entre autres, il s'assied à terre, et attend l'aide de quelqu'un pour continuer.*

Peu de temps après son entrée à l'hôpital, j'examine ce malade. Il sommeille assez facilement le jour et la nuit, mais se réveille à chaque instant, jamais depuis son enfance il n'a cessé d'avoir un excellent appétit. Sa figure n'annonce pas une constitution altérée.

Il n'y a plus de trace de l'exostose, ni de la plaque rouge de la face. Je sonde le malade qui a un premier rétrécissement à six centimètres, assez facile à franchir; puis un deuxième au commencement de la portion membraneuse, plus fort, plus résistant, qu'une sonde conique de plus de 3 millimètres franchit, mais sur lequel une bougie à boule butte un peu avant de pénétrer; l'urine est claire, *alcaline*, ne contient pas d'albumine.

La sensibilité est conservée partout, sans être exagérée. Le mouvement s'exécute assez facilement dans le lit; le malade peut avec ses pieds venir toucher ma main élevée à deux pieds au-dessus du plan du lit; la jambe gauche est plus lente et plus faible. *Si je fais lever cet homme, la marche s'exécute difficilement, en sautant, l'équilibre est incertain, et la jambe gauche fauche plus que la droite*, ce qui devient plus évident lorsque le malade cherche à se tenir alternativement sur une jambe. Paysan trouve qu'il marche beaucoup mieux qu'à son entrée.

Une compression fortement exercée sur chaque apophyse épineuse ne révèle aucune douleur. La pesanteur qu'il a éprouvée dans les reins, il y a fort longtemps, n'a pas reparu.

20, 22, 25, 30 décembre, l'urine est acide. (Mieux sensible, marche plus facile.)

Le 21 janvier, Bascle a été pris de malaise, de courbature, d'inappétence, d'inquiétude ; une incontinence des matières fécales et de l'urine a duré deux jours ; les jambes presque inertes.

Le 24, tout est rentré dans l'ordre ; même état qu'auparavant. (Tisane de bourgeons de sapin.)

Des troubles semblables se sont remontrés dans le courant de février, il est sorti de l'hôpital et est allé *chez lui*.

Le 11 il est mort.—Les parents ne m'ont pas laissé faire l'autopsie.

39. — *Pertes séminales. — Paraplégie commençante. — Guérison.*

J'ai observé ce malade à l'hôpital Beaujon, service de M. Robert, n. 290.

Pierre Mongin, garçon de magasin, 23 ans, est entré à l'hôpital le 29 novembre 1851.

Il est d'une constitution vigoureuse, mais un peu lymphatique. Il avait 16 ans, lorsque M. Robert lui fit sur l'œil une cautérisation annulaire (comme le faisait Sanson), pour un pannus de la cornée, reste d'un état scrofuleux de l'enfance. Sa santé a toujours été bonne, il est bien musclé, il était alerte dans ses mouvements, n'a jamais eu d'accidents syphilitiques, jamais de glandes ni d'abcès.

Chez ses parents aucun antécédent de paralysie ni de faiblesse des membres.

En 1849, au mois de janvier, il y a environ deux ans, il vit le matin que ses draps et sa chemise étaient tachés, et ne put se souvenir s'il avait rêvé ; cela se renouvela plus ou moins ; enfin il fut réveillé au milieu d'une nuit par un sentiment de froid et se trouva mouillé, le liquide répandu avait l'odeur du sperme, était épais. Aucun rêve, aucune sensation agréable ne l'avait réveillé.

Plusieurs nuits de suite cet accident se renouvela et toujours sans rêve et sans plaisir. Un mois après il achevait d'uriner, et rendit plusieurs gouttes d'un liquide opaque, épais, filant ; le même jour en allant à la garde-robe avec quelque effort il rendit du sperme en assez grande abondance, pour remplir une coque de noix.

Les jours suivants, les pertes qui ne se montraient que par intervalles irréguliers se succédèrent plus souvent, et environ un mois plus tard chaque fois qu'il urinait ou allait à la garde-robe, il y avait perte séminale.

Au mois de mars, deux mois après le début, il eut des envies plus fréquentes d'uriner, le liquide était un peu bourbeux ; il devint faible, ses jambes fléchirent en marchant, et il ne put porter de fardeaux sur ses épaules, ce qu'il faisait autrefois même en montant les escaliers. M. Robert qu'il consulta lui ordonna des applications froides, des pilules de succin, de copahu et de térébenthine. Ce traitement amena de l'amélioration. Les pertes nocturnes cessèrent presque complétement. Celles qui suivaient l'émission de l'urine disparurent aussi. La faiblesse ne diminua pas, il éprouvait de la fatigue dans les reins, dès qu'il restait assis plus d'un quart d'heure. Les jambes tremblaient quelquefois. Les choses durèrent ainsi jusqu'au mois de septembre 1851. On lui conseilla des bains sulfureux ; les pertes ne se montrèrent plus qu'en allant à la selle.

Aujourd'hui 24 novembre, tel est l'état dans lequel nous le trouvons : un peu pâle, il a encore ses muscles assez accentués, mais un peu flasques, ses jambes tremblent et le pas est mal assuré, il se tient à son lit ou au dos d'une chaise.

Autrefois il avait un appétit vorace, il est encore assez bon ; les digestions se font bien. Il urine à plein jet, le liquide est un peu trouble, léger dépôt muqueux, urine alcaline. Pertes en allant à la selle, rarement il en éprouve à la suite de l'émission de l'urine : le toucher rectal annonce une prostate volumineuse.

M. Robert lui passe des bougies (tisane de bourgeons de sapin).

Le 23 décembre, M. Robert lui fait sur le col une cautérisation avec le nitrate d'argent, il perd du sang pendant trois jours. Depuis le 26, les pertes ont sensiblement diminué.

Le 2 janvier 1852, les pertes ont cessé, il a été légèrement constipé, et malgré les efforts pour évacuer il n'a rien perdu. L'appétit est redevenu exigeant, quatre portions lui suffisent à peine, la marche est sensiblement améliorée ; le pied, avant de se poser, ne balance plus avec autant d'incertitude.

3 janvier, exeat.

40. — *Pertes séminales. — Paraplégie. — Guérison.*

J'ai observé avec mon ami M. le docteur Boullay le malade dont il est question dans la note suivante.

Le 25 novembre 1851, Contzeler, tailleur, âgé de 42 ans, entre à l'hôpital ; c'est un homme assez bien constitué, mais paraissant considérablement affaibli, décrépit ; à le voir, on lui donnerait 60 ans. Il s'est beaucoup masturbé pendant sa jeunesse, depuis l'âge de 13 ans ; il avait 20 ans lors de sa première relation avec une femme, sans en

avoir abusé, cependant il lui arrivait d'avoir des rapports cinq ou six fois pendant la nuit. Il y a 6 ans qu'il est marié, il est sage depuis cette époque. Sa femme a fait deux fausses couches, l'une à 2 mois, l'autre à 8 mois, la dernière a eu lieu il y a presque un an.

Il y a 7 à 8 ans, il a eu des chancres sur la verge, ils ont laissé des traces profondes de leur passage, il a observé un traitement ordonné par M. Ricord ; puis, d'après son récit, il aurait eu des symptômes d'une syphilis constitutionnelle (syphilides, etc.). Il a contracté, il y a 10 ans, une gonorrhée qui a persisté presque une année, une seconde succéda de près, elles l'ont fait beaucoup souffrir.

Les premières pertes séminales datent de quelques mois avant les deux blennorrhagies ; elles ont eu lieu le plus souvent après des rêves érotiques ; souvent aussi le sperme s'est écoulé après l'émission de l'urine. Ces pollutions sont beaucoup plus fréquentes depuis qu'il est marié. La région lombaire est le siége de douleurs légères ; il se plaint de faiblesse dans les membres, *il s'en sert avec peine, la marche est difficile*, la tête est douloureuse, il est incapable d'appliquer son intelligence pendant quelque temps de suite. La parole est difficile. Eructations très-bruyantes, surtout après avoir mangé. L'appétit est très-développé ; nonobstant il est considérablement maigri depuis quelques mois, les pertes suivent rarement l'émission des urines. L'urine est épanchée sans douleur et sans difficulté, le jet est ordinaire, cependant l'urètre est rempli de rétrécissements produits par des cautérisations. L'urine est trouble depuis plus d'un an, elle dépose du mucus en abondance, le microscope n'y démontre pas de sperme : bains froids et sulfureux, huile de foie de morue, vin de quinquina, julep gommeux avec térébenthine, 15 gouttes.

Ce régime est suivi d'une amélioration très-remarquable ; le malade qui pendant les trois premières semaines est presque constamment resté au lit, se trouve au commencement de décembre beaucoup plus fort sur ses jambes, après un peu d'exercice.

3 décembre, bains sulfureux tous les deux jours, il engraisse visiblement, les pertes ont cessé.

28 décembre, il sort en marchant sans fatigue.

41. — *Paraplégie survenue chez un individu qui se livrait à l'onanisme, et chez lequel l'autopsie a révélé une compression tuberculeuse de la moelle.*

C'est à dessein que j'ai laissé cet exemple placé où il est à cause même de la coïncidence qui a entraîné cette erreur de diagnostic.

J'ai observé ce malade à Saint-Louis, avec M. Titon, interne du service de M. Cazenave.

Le nommé Capron, Henri, 17 ans, épicier, est entré le 7 mars 1854, au n° 8 de la salle Napoléon.

Ne s'est jamais alité d'une manière sérieuse; élevé à la campagne, il promettait d'être robuste; seul enfant; ses parents n'ont jamais présenté de signes de paralysie, et sont d'une bonne santé.

N'a pas fait de chute sur le dos; jamais il n'a reçu de coups dans cette région, qui est parfaitement conformée; l'épine est sans courbure; ce jeune homme n'a pas eu d'attaque nerveuse, de convulsions.

Employé comme commis dans des maisons de commerce, il faisait beaucoup de courses, mais sans grande fatigue.

Il y a un an, il était employé chez un marchand de vins, il descendait souvent à la cave ayant chaud, pour n'y rester que peu d'instants. Jamais il n'a ressenti de douleurs dans les jointures.

L'interrogation dirigée sur un autre point apprend en revanche qu'à 12 ans, il se masturbait assez souvent, qu'à 15 ans il avait approché les femmes, que depuis quelques années il a des douleurs dans les reins.

Depuis quelques mois il s'est aperçu qu'il était promptement fatigué, que des fourmillements donnaient à ses jambes une douleur gênante et qu'elles pliaient souvent.

Huit jours avant son entrée une grande faiblesse se manifesta et s'accrut assez promptement; ne pouvant plus se tenir debout, il demanda un lit à l'hôpital.

Etat actuel : constitution un peu lymphatique, il est blond, a une tête d'une conformation remarquable très-conique, les cheveux sont plantés à 4 centimètres des sourcils et son front se continue presque en ligne droite avec la face supérieure du crâne qui se termine en pain de sucre; cependant il paraît assez intelligent, a de la mémoire et sait bien ce qu'on lui a enseigné. Sa peau est pâle et flasque, ses pommettes un peu rosées, les yeux humides, les *pupilles* tellement dilatées qu'il reste de l'iris à peine de quoi juger sa teinte (jamais de pertes séminales involontaires), la verge est volumineuse et ridée, la peau est blanche.

Myotilité. — Les doigts seuls des pieds remuent, aucun mouvement volontaire ou réflexe ne sont exécutés par les jambes et les cuisses : si on met ce garçon sur ses pieds les jambes se dérobent sous lui en pliant comme celles d'une marionnette. Les muscles sont contractés douloureusement. Les bras sont libres dans leurs mouvements.

Sensibilité. — Au toucher, à la douleur, à la température, nulle depuis les pieds jusqu'au nombril.

Extrait de belladone à dose croissante depuis 5 centig. jusqu'à 75, des bains sulfureux prolongés sont prescrits. Une amélioration momentanée succède, mais le malaise et la contracture reparaissent bientôt. — On cesse le traitement.

28 avril, la sensibilité a reparu plus nette aux cuisses.

La douleur et le chatouillement sont sentis à la plante des pieds et causent des mouvements réflexes, il y a flexion de la jambe sur la cuisse, les adducteurs agissant fortement et faisant passer le membre qui se remue sur celui qui est immobile.

Mouvements volontaires presque nuls; il n'y a qu'une agitation musculaire sans effet produit, les doigts seuls remuent faiblement. — L'amélioration est peu notable.

11 mai La sensibilité est remplacée par une hyperesthésie des parties qui naguère étaient insensibles, la faiblesse est moindre. La contracture moins énergique.

25 mai. L'hyperesthésie s'est amoindrie, la sensibilité a reparu naturellement dans quelques régions, le beau temps avait produit dans les forces une amélioration qui ne s'est pas soutenue ; constipation opiniâtre ; les envies d'uriner sont un peu fréquentes.

Malgré son affirmation, il est probable qu'il continue à se livrer à cet acte déplorable, ses voisins qui le surveillent l'ont surpris. Il lui arrive aussi souvent de se réveiller la nuit en érection et la main serrant l'organe. Il reçoit souvent des visites de femmes douteuses.

29 mai. Les muscles des membres pelviens se sont amaigris. Le siége s'écorche. Stomatite légère, langue épaisse, gencives décolorées, douleurs dans les reins, les envies d'uriner sont plus fréquentes ; il garde un urinoir entre les jambes.

4 juin. Le bout de la verge dans la portion que le prépuce laisse à découvert est rouge et enflammé, l'altération du siége fait des progrès (compresses de vin aromatique).

Le 9 juin. Une escharre s'est détachée du sacrum. Le bout de la verge est ulcéré et d'une teinte grisâtre, le contact de l'urine ammoniacale de son urinoir en est cause.

Le 11 juin. La faiblesse est redevenue aussi complète qu'auparavant, l'insensibilité aussi tranchée, il y a moins de douleurs dans les reins.

Je me suis absenté de Paris le 12 juin, je n'ai pu continuer à observer ce malade ; mais M. Titon m'a tenu au courant des accidents qui se sont manifestés. Je ne peux faire mieux que de donner exactement le texte de sa lettre intéressante.

Mon cher ami,

L'état du jeune Capron s'est notablement aggravé depuis votre dernière visite. Les escharres qui commençaient alors à se former ont donné naissance à des plaies larges et profondes qui vont nécessairement devenir la cause d'une mort prochaine. A la région sacrée, la perte de substance n'intéresse que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané et cela dans une étendue de six à huit centimètres carrés tout au plus; tandis qu'aux régions trochantériennes, à droite surtout, il existe une cavité que le poing d'un adulte ne pourrait remplir et qui laisse voir les mouvements du grand trochanter recouvert seulement par une mince couche de tissus blancs. Du côté gauche, la plaie est un peu moins profonde; mais elle a le même aspect blafard malgré le soin de propreté et les moyens employés (poudre de charbon, de quinquina; lotions avec le vin aromatique, etc.). A partir d'hier, on panse avec des plumasseaux de charpie enduits d'un mélange de baume d'arcéen et d'onguent styrax.

La position de ce malheureux est des plus pénibles; la plupart du temps, il pousse des cris, et ne peut guère rester couché que sur le ventre.

Les membres pelviens sont œdématiés depuis une quinzaine au moins. La peau des genoux, des régions malléolaires noircit et tend à se mortifier dans les points soumis à la pression. Cependant, en changeant souvent les points d'appui au moyen de coussins, on est parvenu jusqu'alors à empêcher la formation de nouvelles escharres.

Le malade n'éprouve pas d'autre douleur que celles qui sont le résultat des plaies, *et des contractures* qui se manifestent dans les deux membres inférieurs à différents intervalles. — La sensibilité générale existe encore, quoique diminuée. Il y a de la diarrhée depuis une douzaine de jours surtout, de l'anorexie, des sueurs assez abondantes, et de la fièvre, parfois continuelle pendant plusieurs jours et qui d'autres fois ne revient que le soir.

Le traitement employé depuis que vous avez vu le malade, a consisté principalement dans les toniques.

Tout à vous d'amitié, Titon.

Quelques jours avant de donner le bon à tirer de cette feuille, mon excellent ami M. Rabaud, qui a succédé à M. Titon dans le service, est venu me mettre sous les yeux une pièce anatomique de cet individu. Il est mort le 3 octobre d'une carie tuberculeuse de la quatrième vertèbre dorsale, une masse tuberculeuse située en dehors des membranes comprimait la moelle sans qu'elle fût encore lésée. — La masturbation n'a été ici qu'une coïncidence et non une cause.

OBSERVATIONS DE PARAPLÉGIE

CONSÉCUTIVE AUX MALADIES DE L'UTÉRUS ET AUX TROUBLES FONCTIONNELS DE CET ORGANE.

Le petit nombre d'exemples qui suivent, ont été observés

chez des femmes à l'état de gestation ; à la suite de l'accouchement, après l'exagération de la fonction menstruelle, ou bien encore, après la suppression brusque des règles ou des lochies.

Ces paralysies qui sont sous la dépendance de l'utérus, ne sont pas toutes produites par le même mécanisme. Les unes, celles qui surviennent dans l'état de gestation ou de gonflement de l'utérus et du tissu cellulaire qui l'entoure, peuvent vraisemblablement être expliquées par la compression des plexus sacrés.

Celles qui apparaissent à la suite de pertes utérines pendant ou entre les époques, sont mises par les uns sur le compte de la stimulation insuffisante de la moelle par le sang devenu plus pauvre et moins abondant. Elles sont attribuées par les autres à une influence spéciale, mais inexplicable de l'utérus.

Quant aux paraplégies qui succèdent à la suppression brusque du flux cataménial ou des lochies, tout le monde s'accorde à les attribuer à une congestion des méninges et de la moelle, et les autopsies viennent appuyer cette opinion.

12.—*Paraplégie survenue dans les derniers mois d'une grossesse.*

J'ai pris l'observation suivante à la Salpêtrière, dans le service de M. Cazalis, avec mon ami M. Garreau, son interne.

Salpêtrière. — Le 27 mai 1854, le n° 7 de la salle Saint-Jean a été occupé par la nommée Godiche, Angélique, exerçant la profession de cuisinière.

Les ascendants de cette femme ont joui d'une bonne santé et n'ont présenté aucun signe de paralysie.

Elle est brune, d'une constitution assez robuste, n'a jamais fait de grave maladie, toujours réglée sans retard, le bonheur de son ménage ne laisse rien à désirer. Elle n'a eu aucune attaque, aucun accident nerveux. — *Le rachis qui ne présente pas de déviation n'est le siége d'aucune douleur à la pression, à la percussion.*

Elle a 4 enfants bien portants. Les trois accouchements qui ont précédé se sont passés naturellement, sans accidents.

La dernière grossesse jusqu'à sept mois, n'a rien présenté de particulier. A cette époque un engourdissement plus gênant que douloureux s'est fait sentir dans les membres inférieurs *et une faiblesse*

notable dans la marche ne tarda pas à attirer son attention. Ses pieds, quoique du même volume qu'auparavant, lui semblaient pleins de liquide et très-lourds, le parquet paraissait se déprimer sous son poids. La marche devint chaque jour plus pénible, *le membre pelvien droit plus faible ne la portait que difficilement. Elle fut enfin obligée de garder le lit les deux derniers mois.* Le volume de l'abdomen était ordinaire, les veines superficielles non développées outre mesure. Les bras ont maigri et perdu un peu de leur force.

L'accouchement qui eut lieu le 19 avril fut naturel et assez court, l'enfant gros et doué de vigueur dans ses mouvements. La malade n'a ressenti aucun élancement dans le bassin.

Les lochies ont coulé six semaines jusqu'à son jour d'entrée.

Le 27 mai, les muscles des jambes sont amaigris. *La sensibilité est normale dans toutes ses nuances*, les mouvements sont faciles au lit et les pieds peuvent quitter le plan qui les porte. Depuis quinze jours elle peut marcher avec un soutien, mais en traînant les pieds. La force augmente chaque jour.

Aujourd'hui 15 juin, un changement manifeste s'est effectué, les pieds ne traînent plus autant, la malade passe d'un lit à l'autre sans soutien.

Quelques jours suffiront pour lui rendre sa force primitive.

13. — *Accouchement suivi de péritonite au début, s'étant terminé par un engorgement de la fosse iliaque droite.— Paraplégie.— Guérison.*

Je dois à l'extrême obligeance de M. Michon, l'observation suivante : la malade qui en fait le sujet, avait été traitée par lui et M. Gosselin.

Madame X... d'une forte constitution, ayant le système musculaire bien développé eut une seconde grossesse en 1848. La gestation fut heureuse et l'accouchement se fit naturellement et facilement le 9 janvier 1849. Ces premières suites de couche furent heureuses. Madame X.., avait essayé d'allaiter son enfant ; le cinquième jour, la fièvre de lait, qui avait apparu à l'époque ordinaire, continua ; des douleurs se firent sentir dans l'abdomen, et donnèrent à craindre une péritonite. Les premiers accidents furent combattus par les antiphlogistiques, les frictions mercurielles, le calomel à l'intérieur ; ils ne cédèrent que partiellement. Une douleur se fixa dans le flanc droit et dans la région iliaque droite. Le toucher fit reconnaître un engorgement dans les annexes de l'utérus du même côté ; cette tumeur avait le volume d'un œuf, elle ne se dissipa que fort lentement et se termina sans suppuration. Le 20 avril, des douleurs se

firent sentir dans toute l'étendue des membres inférieurs; *ces douleurs furent suivies de la paralysie incomplète de ces membres. La sensibilité* fut conservée dans toute son intégrité, mais *la mobilité* fut singulièrement affaiblie. Madame X ne pouvait ni marcher ni se tenir debout, les muscles de la jambe étaient particulièrement affaiblis et émaciés, *le pied pendant et presque flottant ne pouvait être relevé le long de la face antérieure de la jambe, par l'action musculaire.* Il y avait absence de douleur dans le dos. Cet état dura sans amélioration jusqu'au 24 mai. Des bains, des douches de Barège furent employés, ainsi que le massage des membres inférieurs.

Le 15 août, un peu d'amélioration se fit sentir, et madame X... put partir à la campagne, et là, presque aussitôt son arrivée, il lui fut possible de faire quelques pas dans un jardin. Quand elle revint à Paris, dans le courant d'octobre, elle pouvait faire des courses d'un quart d'heure, monter deux et trois étages; les muscles avaient repris graduellement leur volume accoutumé, et dix-huit mois environ après, il ne restait plus de trace de cette paralysie. Madame X... a eu depuis une troisième grossesse, qui n'a présenté aucun accident.

Un ami de mon père, M. le docteur Wolf, professeur à l'université de Bonn, m'a communiqué trois notes de paraplégies, dont deux sont dépendantes de l'utérus.

Je place au chapitre qui traite de la chloro-hystérie, le troisième exemple, car la relation ne permet pas de douter que l'hystérie n'ait été l'unique cause.

44. — *Première grossesse. — Constipation. — Paraplégie. — Évacuation. — Guérison.*

Madame R., âgée de 25 ans, est d'une constitution délicate, mariée depuis un an, elle est enceinte depuis deux mois. Il est survenu de la paresse des extrémités inférieures, puis une excessive difficulté à se tenir debout, avec la possibilité cependant de mouvoir les jambes dans toutes les directions quand elle est couchée sur le dos. De temps en temps, il y a de l'engourdissement des jambes, constipation, embarras gastrique; une purgation avec l'huile de ricin provoque des garderobes copieuses; l'amélioration est si grande que la marche devient possible au bout de cinq semaines, et la guérison est complète quelques jours après.

45.—*Tuméfaction considérable de l'utérus avec leucorrhée abondante. — Paraplégie incomplète. — Guérison de l'engorgement et de la paralysie* (1).

Madame M..., âgée de 50 ans, n'a pas été réglée depuis 8 ans, elle est sujette à une leucorrhée abondante. Le museau de tanche et la paroi postérieure de la matrice sont considérablement engorgés. Il survient de la paresse des extrémités inférieures, qui va croissant jusqu'à l'empêcher de faire un pas sans l'assistance d'autres personnes, les pieds traînent à terre ; mais si elle est couchée sur le dos, les mouvements des extrémités inférieures ne sont pas gênés. *La sensibilité* de la peau des extrémités inférieures est normale. La malade éprouve de fortes douleurs dans la région sacrée, et à la pression une grande sensibilité des apophyses épineuses lombaires.

Pendant deux mois, elle suit un traitement par l'hydriodate de potasse, et on applique un emplâtre de tartre stibié sur le sacrum. L'engorgement de l'utérus diminue sensiblement et avec lui la faiblesse des extrémités inférieures qui finissent par être aussi fortes qu'avant.

46. — *Accouchement naturel. — Suppression des lochies le troisième jour. — Convalescence sans retour de l'écoulement ; au bout d'un mois, fourmillements dans la main et le pied du côté gauche, puis du côté droit. — Paralysie presque subite du mouvement des membres inférieurs, puis plus tard des supérieurs.— Conservation de la sensibilité ; nulle lésion des fonctions intel-*

(1) M. le docteur Wolf, professeur à l'université de Bonn qui m'a communiqué cette note et la précédente, m'avait indiqué plusieurs ouvrages de Romberg comme renfermant des faits de ce genre.

M. H. Romberg, *Clinische Ergebnisse*, Berlin, 1846, p. 56 (Evénements cliniques). Je n'ai trouvé dans ce livre que possède la faculté que quelques exemples de paraplégie causée par l'impression du froid humide, et par l'affection tuberculeuse des vertèbres. Je les cite en temps opportun, — mais il n'y a rien qui soit relatif aux paraplégies causées par l'utérus.

La bibliothèque de l'école ne possède du livre suivant qu'une édition récente qui ne renferme rien qui ait trait à ce sujet. M. H. Romberg, *Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen*, p. 774. *Reflexlaehmung*, *erste Ausgabe*, première édition, Berlin 1840. (*Traité des maladies nerveuses de l'homme. paralysie par réflexion.*)

Le livre suivant n'existe pas à la faculté. M. H. Romberg. *Clinische Wahrnehmungen*, Berlin, 1851, *peripherische Laehmungen*, p. 18. (Observations cliniques, paralysie périphérique).

lectuelles; dyspnée de plus en plus grande.—Mort par asphyxie le deuxième jour. — Congestion peu marquée des vaisseaux rachidiens. — Cerveau et moelle épinière intacts (1).

Miclète (Adèle) âgée de 31 ans, domestique, d'une constitution robuste, d'un embonpoint ordinaire, fut apportée le 2 avril 1825, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Dominique, dans un état de paralysie générale : il n'existait aucun trouble des facultés intellectuelles. Elle était accouchée depuis un mois, le 2 mars, la grossesse et l'accouchement avaient été fort heureux. Le troisième jour, la fièvre de lait se développa, les seins se gonflèrent considérablement, les lochies furent supprimées complétement, et, depuis cette époque, ne reparurent plus. Cette circonstance ne sembla pas influer sur la santé *de la nouvelle accouchée, qui sortit de la Maternité le douzième jour*. Elle avait repris au bout de 8 jours du service dans une nouvelle maison, lorsque le 1er avril, après s'être bien portée en apparence jusque-là, et étant occupée à faire le lit de son maître, elle ressentit tout à coup des fourmillements (c'est son expression) très-forts, d'abord à l'extrémité des doigts de la main gauche, puis à l'extrémité des orteils du pied du même côté, et une demi-heure après, les mêmes fourmillements, d'abord aux extrémités des doigts de la main droite, puis aux orteils droits.

Malgré cette sensation incommode, cette femme continua de marcher jusqu'à trois heures de l'après-midi, et alors elle fut obligée de s'asseoir, *ses membres ne pouvaient plus la supporter*. Elle resta ainsi sur une chaise, jusqu'à sept heures, et la fatigue des membres augmentant, elle ne put *gagner son lit, sur lequel il fallut la porter*. La nuit fut assez calme ; il y eut du sommeil ; la malade ne fut incommodée que du fourmillement dont nous avons parlé.

Le 2 même degré de la paralysie ; à 5 heures du soir, la malade offrait les symptômes suivants : Decubitus sur le dos, face assez colorée, quoique la malade eût naturellement peu de couleurs ; physionomie assez tranquille, et nullement souffrante; *fonctions intellectuelles intactes. C'est elle même qui a donné tous les renseignements qui précèdent*. Elle n'est point sujette aux maux de tête, mais elle avait eu la veille, dans la soirée, une légère céphalalgie ; fourmillements incommodes à l'extrémité des doigts et des orteils ; impossibilité absolue de lever volontairement les membres, qui retombent sur le lit quand on les soulève. Cette paralysie est plus complète du côté gauche que du côté droit, car la malade peut remuer légèrement la main droite, et plus facilement les orteils du côté droit ; mais elle n'exé-

[1] Ollivier d'Angers, t. II, p. 51 (1837).

cute aucune espèce de mouvement avec la main et le pied gauches, les membres n'ont aucune raideur, ils sont flexibles à volonté. *Les pieds sont plus froids que le reste du corps, et la malade a la conscience de cette sensation. La sensibilité n'est nullement diminuée dans aucun point du corps ; le plus léger contact des membres est perçu ;* les doigts sont demi-fléchis, et la malade ne peut les étendre. La respiration se fait avec une sorte d'effort ; on voit qu'elle ne peut dilater suffisamment sa poitrine, qui résonne partout à la percussion ; mais l'auscultation fait reconnaître un râle léger et ronflant, un gargouillement dans les bronches, produit évidemment par le mucus qui y est amassé, et que la malade ne peut rejeter, parce que les mouvements nécessaires à l'expectoration sont impossibles (jusque-là, la toux avait toujours été facile). Langue humide et pâle, coliques légères, depuis une heure ; il n'y a pas eu de selle depuis l'invasion de la maladie ; cependant elle a uriné volontairement dans la journée. La température de la peau est tout à fait naturelle, le pouls plutôt faible et lent que fort et fréquent ; appétit, aucune sensation incommode dans quelque partie du corps que ce soit, à l'exception des fourmillements dont nous avons parlé. *Aucune douleur le long du rachis, dont la conformation est régulière, et sur lequel on peut exercer une pression sans causer de douleur.* Les mouvements de la tête sur le cou sont parfaitement libres (saignée de 3 palettes, écoulement difficile et lent du sang, parce que la malade ne peut remuer son bras).

Au bout d'une heure, la respiration est devenue plus pénible ; la poitrine ne se dilate qu'imparfaitement ; gargouillement bronchique plus marqué. A huit heures du soir, dyspnée plus grande, contractions prononcées des muscles scalènes à chaque inspiration.

La malade a uriné volontairement ; continuation de la constipation, face moins rosée, et qui se couvre de veinules noirâtres, surtout aux lèvres et aux pommettes ; même température de la peau ; pouls plus fort, mais régulier, environ 100 pulsations par minute ; la déglutition est devenue difficile ; les facultés intellectuelles sont toujours intactes, membres toujours flasques, sentiment de fatigue dans la région lombaire, attribué à la même position que conserve forcément la malade (tisane de tilleul et de fleurs d'oranger, lavement purgatif, sinapismes aux pieds, frictions sur les bras avec l'éther acétique).

Dans la soirée, la difficulté de la respiration augmente de plus en plus ; les inspirations sont courtes et pénibles, la face d'un rouge violacé ; la peau couverte de sueur, le pouls plus fréquent (120 ou 130 pulsations). Battement de cœur fort et tumultueux ; du reste, même état de paralysie. A 8 heures du soir, saignée de deux palettes, dyspnée toujours croissante, sueurs froides et générales, facultés intellec-

tuelles intactes; la malade ne se plaint jusqu'à la fin que de la suffocation. A 9 heures, la circulation se ralentit progressivement, le pouls devient insensible, la mâchoire inférieure s'abaisse, les traits de la face sont fixés en haut, les paupières à demi closes, la malade expire à neuf heures un quart.

Autopsie. — L'examen du corps fut fait le 5 avril, à sept heures du matin. On ouvrit avec les plus grandes précautions les cavités du crâne et du rachis, de manière à ne léser aucunement les membranes du cerveau et de la moelle épinière. Il existait un engorgement assez prononcé des vaisseaux situés à l'extérieur de la dure-mère cérébrale, et de ceux qui viennent du diploé, surtout le long des sutures, ce qui donnait à cette membrane une teinte violacée assez prononcée. L'arachnoïde et la pie-mère n'offraient aucune altération appréciable, sans épanchement, infiltration ou congestion plus marquée que dans l'état sain; les vaisseaux qui rampent à la surface des circonvolutions n'étaient guère plus engorgés que dans l'état naturel; le cerveau consistant et coupé par tranches n'a offert aucune trace d'altération, soit dans sa couleur, soit dans sa fermeté et ses autres qualités physiques. Seulement, on remarquait, à la surface de chaque section, des points rouges assez nombreux, qui annonçaient un léger engorgement sanguin de ce viscère. Les ventricules contenaient à peine une cuillerée de café de sérosité; le cervelet était entièrement sain.

Dans le rachis, le tissu cellulaire extérieur à la dure-mère spinale était légèrement infiltré de sang, surtout inférieurement; les vaisseaux extérieurs à la moelle n'étaient pas plus apparents que dans l'état normal. La moelle épinière, examinée dans toute son étendue, fendue d'abord longitudinalement, puis transversalement par petites tranches, n'a pas offert la moindre altération; sa couleur était naturelle, sa consistance était plutôt augmentée que diminuée, car elle était dure à la pression;

Les deux substances dont elle est composée étaient bien distinctes; son volume était normal, l'arachnoïde vertébrale était saine.

Quant aux vertèbres, elles étaient saines, les nerfs des membres et le grand sympathique n'ont offert aucune lésion appréciable.

Les organes thoraciques et abdominaux étaient sains. L'*utérus* avait conservé plus de volume que dans l'état normal, son tissu n'avait pas toute la densité qui le caractérise, sa cavité était tapissée par un mucus rougeâtre.

17. — *Paraplégie survenue après un déplacement de l'utérus et des métrorrhagies abondantes.*

Je dois le fait suivant à l'obligeance de M. Gaudet, qui a soigné la malade aux bains de Dieppe, dont il est médecin inspecteur.

Madame X..., âgée de 36 ans, a eu quatre enfants ; après le quatrième, elle éprouva des douleurs hypogastriques et des pesanteurs dans la région pelvienne, dues à un abaissement sensible de l'utérus; elle eut des règles métrorrhagiques que firent cesser des cautérisations du col pratiquées par M. le professeur Chomel. C'est au milieu de ces circonstances que se manifesta une grande faiblesse des membres inférieurs qu'abrégea chaque jour la longueur des promenades.

Les bains de mer furent ordonnés, et, en 1850, madame X... alla les prendre à Dieppe. Il fallait la porter à la mer et la soutenir dans les bras, pour l'exposer à la lame. Les premiers bains, quels qu'ils fussent, furent suivis chaque fois d'accès de fièvre qui duraient 24 heures et plus; aussi n'en prit-elle qu'un très-petit nombre eu égard au temps qu'elle y consacra.

L'amélioration qui se montra d'abord consista dans une augmentation de la nutrition générale, dans la diminution des pesanteurs, dans le rétablissement des fonctions digestives. Cette amélioration commença du moment où l'excitation fébrile tomba, jusque-là la position horizontale avait été gardée, et en présence du bénéfice des bains de mer, on dut tenter de les reprendre. Les premiers essais furent pratiqués sous les yeux du docteur Gaudet. Ils ne furent pas heureux et on l'attribua naturellement au décubitus prolongé subi par la malade : mais comme elle se nourrissait suffisamment et que les jours se passaient sans amener aucun changement dans l'action musculaire, on dut abandonner cette manière d'apprécier l'état des choses. Celui-ci fut jugé par MM. Chomel et Louis. *Ils constatèrent que madame X..., placée debout, s'affaissait sur elle-même et que les genoux fléchissaient sous le poids du corps. Nulle lésion dans la sensibilité cutanée des membres inférieurs ;* ils remarquèrent en outre que, dans la position couchée, ceux-ci pouvaient se mouvoir en tous sens, avec force et agilité et sous l'influence de la volonté. Cet état persista jusqu'au départ de Dieppe, où la malade avait séjourné deux mois passés. En quittant les bains de mer, elle alla s'établir aux environs de Paris, au gré de ses désirs. Là, au bout d'un petit nombre de jours, et sans causes appréciables, elle fut

prise d'une diarrhée abondante et accompagnée de coliques, qui dura 48 heures. C'est à dater de l'apparition de cet accident que commença à se manifester une amélioration notable dans le mouvement des jambes. Elle put d'abord garder la station, puis aller d'une extrémité à l'autre de la chambre, enfin passer dans une pièce voisine. (Les excrétions redevinrent naturelles.)

Comme il existait à la région dorso-rachidienne des douleurs à peu près constantes, il fut appliqué sur le rachis une série de vésicatoires volants, qui furent suivis chaque fois d'une abondante exhalation de sérosité. Sous l'influence de ces moyens, l'amélioration fit des progrès notables, madame X... put, à diverses reprises, faire, dans le parc, *de longues promenades de* 2 *et* 3 *kilomètres ;* cependant le retour de la force dans les membres inférieurs ne se soutenait pas toujours au même degré, il y avait des jours où la marche était plus difficile. Elle quitta Versailles au mois de mai, pour aller à quelques heures de là attendre l'ouverture de la saison d'Enghien de 1851.

Cette saison, loin d'apporter aucun bénéfice nouveau à sa santé, lui fit perdre une grande partie des avantages acquis pendant le séjour de Versailles. Les membres inférieurs perdirent insensiblement de leur vigueur, toutefois sans amaigrissement ni diminution de sensibilité. Ils en arrivèrent peu à peu à ne pouvoir soutenir le poids du corps sans un appui, et à céder quand cet appui venait à manquer. Ce n'était que par intervalles passagers qu'ils semblaient reprendre une partie de leur force musculaire, même à ce moment de la maladie, il faut toujours rappeler que la sensibilité des membres affaiblis restait naturelle et que leur nutrition n'était altérée qu'à un degré modéré ; mais leur température et leur coloration étaient beaucoup inférieures à celle des autres parties.

L'hiver de 1851 à 1852 se passa à Paris, en continuant l'usage des vésicatoires volants et en essayant des affusions d'eau tempérée dans une baignoire vide.

Au mois de juin suivant, elle alla de nouveau prendre des bains de mer à Dieppe. Ils ne furent plus suivis d'un état fébrile, comme en 1850 ; mais à chaque bain, quelque court qu'il fût, l'insuffisance de la réaction cutanée, tenant elle-même probablement au ralentissement de la circulation capillaire, donnait lieu au refroidissement complet des membres inférieurs et, par suite, à un état de congestion de la figure, avec douleur et pesanteur de tête. Des frictions énergiques ne parvenaient qu'avec peine à rétablir cet équilibre rompu, mais n'arrivaient jamais à produire quelque coloration à la peau. Cependant à la fin de la saison, madame X... avait recouvré un peu plus de force dans les cuisses et dans les jambes, aujourd'hui, elle

peut parcourir la longueur de son salon, avec un faible appui. On ne voit plus sur le col de l'utérus que quelques varices.

Au commencement de la maladie, la médication a été dirigée presque uniquement contre l'affection utérine, qui s'est manifestée la première et qui paraît avoir été le point de départ des désordres de la contractilité et de la motilité. Plus tard, on leur associa les excitants de ces propriétés vitales, telles que frictions avec des médicaments de diverses sortes sur les membres inférieurs, tout le long du rachis; aujourd'hui, on a recours à l'électricité, dont M. Duchenne de Boulogne fait l'application.

L'électricité n'a pas été suivie de plus de succès que les traitements nombreux employés avant elle.

L'état de faiblesse des jambes a malheureusement persisté, et durant l'été 1854, qui vient de s'écouler, l'intéressante malade a encore été obligée de faire usage de béquilles, pour se promener dans le parc du château qu'elle habite.

Il est utile de noter que la sœur cadette de madame X... a été en proie à des accidents nerveux très-graves qui l'ont forcée à se tenir dans une obscurité habituelle presque complète, à cause de l'impression pénible que lui causait la lumière. Tous ses organes étaient pour ainsi dire affectés de marasme, et elle était réduite à un état de faiblesse et d'émaciation extrêmes. L'existence d'une affection purement nerveuse chez un parent si proche de la malade, vient appuyer cette opinion, que la paraplégie dans les cas de métrorrhagie, est aussi bien due à un état de chloro-anémie qu'à une action spéciale de l'utérus. On est forcé d'avouer que les faits de ce genre sont sur la limite des paralysies causées par la chloro-hystérie, mais l'absence de convulsions cloniques et de symptômes nerveux établit la différence.

48. — *Paraplégie à la suite d'hémorrhagie utérine.*

J'emprunte à un travail que mon ami M. le docteur Moutard-Martin a présenté à la Société médicale des hôpitaux de Paris, les deux observations suivantes.

Hotel-Dieu. — Salle St-Bernard (M. Chomel).

Le 2 décembre 1848, entra une femme âgée de 38 ans, couturière,

mère de trois enfants, dont le plus jeune a sept ans ; ayant une habitation saine, n'ayant jamais eu d'atteinte de rhumatisme, ni d'accidents nerveux d'aucun genre. Cette femme a toujours été réglée régulièrement et sans accident, jusqu'au mois de novembre.

Le 2 novembre, sans cause qu'elle puisse apprécier, cette femme, à l'époque de ses règles, fut prise d'une perte fort abondante, accompagnée de caillots très-volumineux ; elle fut obligée de se mettre au lit. Cette perte fut de courte durée, car, au bout de 3 jours, elle était réduite à des proportions très-minimes et la malade se leva, mais elle fut très-étonnée de ne pouvoir se tenir seule sur ses jambes ; elle avait besoin d'appui pour rester debout. Elle ne fut cependant pas effrayée de son état, et crut qu'elle avait simplement de la faiblesse ; mais, pendant tout le mois de novembre, le même état persista sans aggravation, mais aussi sans amélioration. Le médecin qu'elle consulta se borna à lui faire prendre des bains et à faire des frictions sur les membres inférieurs. Dans le courant du mois de novembre, survinrent quelques fourmillements dans les pieds, qui se refroidissaient avec une extrême rapidité ; du reste, sa santé générale n'avait subi aucune modification ; ses digestions, sa respiration, ses fonctions d'excrétion étaient normales.

Le 4 décembre, elle eut une perte en tout semblable à la première, débutant avec une très-grande intensité, mais se modérant promptement, à tel point que tout écoulement de sang avait complétement cessé au bout de 36 heures, et la malade nous assura n'avoir pas perdu beaucoup plus de sang dans cet espace qu'elle n'en perdait pendant les sept ou huit jours que duraient ordinairement ses règles.

Cette hémorraghie terminée, la malade ne peut plus soulever les jambes dans son lit ; elle avait dans les pieds des fourmillements incessants, qui allaient jusqu'à empêcher le sommeil et qui remontaient jusqu'aux genoux. Enfin, son état restant le même, elle se décida à entrer à l'hôpital le 20 décembre ; elle fut placée dans le bout de la salle Saint-Bernard, qui m'était confiée par M. le professeur Chomel.

Voici l'état dans lequel nous l'avons trouvée : Embonpoint notable ; *peau très-blanche demi-transparente* ; la malade prétend cependant n'être pas plus pâle que d'habitude ; souffle très-prononcé dans les vaisseaux du cou ; appétit ; digestions très-bonnes, mais garde-robes difficiles, presque impossibles sans lavement. Excrétions toujours volontaires des urines, mais un peu plus fréquentes et plus abondantes chaque fois.

La malade étant couchée sur le dos, ne peut faire exécuter aucun mouvement, un peu étendu, à ses jambes sans s'aider avec les mains,

les jambes, étant soulevées, retombent comme une masse inerte. Ainsi donc paralysie très-prononcée de la motilité.

La sensibilité est diminuée sur les pieds et à la partie inférieure des jambes, mais à un degré assez faible. Elle est diminuée plutôt par comparaison qu'absolument parlant, car la piqûre légère de la pointe d'une épingle est sentie sur les deux pieds. Nous avons cherché si cette différence ne s'expliquerait pas naturellement par la différence de sensibilité des deux portions du même membre; mais, chez un autre sujet, nous avons trouvé une semblable distinction à faire entre la sensibilité de la jambe et celle de la cuisse. Il existait donc chez notre malade un peu de diminution de la sensibilité.

Les fourmillements sont très-prononcés, mais moins depuis trois jours. Pas de douleurs sur aucun point de la colonne vertébrale, quel que soit le mode d'exploration.

Nous commençons le traitement par administrer des préparations martiales, et deux fois par semaine un bain sulfureux.

Le 6 janvier, les règles viennent, mais peu abondantes.

Le 13, deux cautères sont appliqués sur la région lombaire.

A la fin de janvier, la pâleur a diminué, le bruit du souffle des vaisseaux a complétement disparu; mais l'état des membres inférieurs est absolument le même.

10 février, selles peu abondantes.

17 février, la malade nous dit que les fourmillements sont moindres. Nous examinons les jambes, nous n'y trouvons aucune modification ni dans la force ni dans la sensibilité.

22 mars, la malade, qui a continué à nous signaler la diminution des fourmillements, ajoute qu'elle peut soulever ses jambes dans son lit, et nous le constatons en effet.

30 mars, elle peut se tenir debout étant soutenue de chaque côté. Les jours suivants, l'amélioration fait des progrès tellement rapides que le 15 avril elle peut faire seule et sans appui toute la longueur de la salle; et qu'à la fin du même mois, elle aidait les filles de service, et sortait de l'hôpital le 17 mai.

19. — *Paraplégie à la suite d'hémorrhagie utérine, produite par une fausse couche présumable.*

Hotel-Dieu. — Service de M. Chomel; salle Saint-Bernard.

Le 16 juin 1849, entra au n° 27 une fille âgée de 25 ans, forte, bien constituée, constamment bien réglée; ayant toujours été bien portante, et n'ayant jamais eu d'attaques de rhumatismes ni d'hystérie.

Le 16 juin, sans qu'il y ait eu aucun retard dans ses règles, à ce

qu'elle prétend, elle fut prise tout à coup d'une perte très-abondante accompagnée de coliques très-vives; depuis ce moment, la perte a continué avec la même force; le ventre est un peu sensible à la pression, il y a des douleurs assez vives, surtout dans la région hypogastrique. Apyrexie complète, absence d'appétit; mais, du reste, nous ne trouvons aucune lésion dans d'autres organes que l'utérus, qui nous présente l'état suivant :

Augmentation de volume reconnue par le toucher vaginal et le toucher rectal; sensibilité au toucher, qui nous empêche de soulever l'utérus suffisamment pour le rendre perceptible à la main, déprimant l'hypogastre. Le col est mou, et l'on peut y introduire facilement l'extrémité du doigt.

Cet ensemble de phénomènes nous fait penser que cette femme vient de faire une fausse couche au début de la grossesse et que l'hémorrhagie en est la conséquence. Ce diagnostic fut confirmé le lendemain par M. le professeur Chomel, qui ordonne le traitement suivant : décubitus horizontal, cataplasme peu chaud sur le ventre; boissons froides acidulées : bouillon froid.

Le 18, l'hémorrhagie a diminué, la sensibilité du ventre restant à peu près la même. Les jours suivants, l'hémorrhagie persiste encore, mais très-modérée ; on continue le même traitement, mais en alimentant davantage la malade.

Le 26 : 84 pulsations, inappétence, diarrhée, céphalalgie, abattement (diète).

Le 27, quatre selles; inappétence complète. — 84 pulsations; cessation de l'hémorrhagie utérine, lavements émollients, boissons acidulées (diète).

Les 28 et 29 : mêmes symptômes, seulement l'abattement se prononce davantage et le pouls monte à 96 pulsations.

Même état jusqu'au 4 juillet. Alors délire pendant la nuit; langue sèche; ventre ballonné, sensible dans la fosse iliaque; gargouillement; quelques taches rosées; 104 pulsations. (Eau de Sedlitz.)

Pendant les jours suivants, le délire se reproduit chaque nuit. Tous les autres symptômes restent les mêmes.

Le 7 juillet : pas de délire : 96 pulsations, ventre moins ballonné; deux selles ; langue moins sèche. (Bains.)

Le 8 : même état, mais la langue est plus humide. La malade demande à manger. (Deux bouillons coupés.)

Le 9 : 82 pulsations, ventre aplati, absence de taches rosées; faim, peu de soif. (Deux bouillons.) Le soir 96 pulsations, peau chaude; face un peu rouge, trois selles.

Le 10 : l'état redevient ce qu'il était le 9 au matin. Les jours sui-

vants, la convalescence de la fièvre typhoïde se prononce de plus en plus franchement; et petit à petit on augmente la quantité des aliments.

Le 15 : on veut lever la malade, mais ses jambes fléchissent, et elle ne peut se soutenir. Les infirmiers nous déclarent seulement que dès le premier jour de son entrée à l'hôpital, avant la fièvre typhoïde, cette femme ne pouvait leur donner aucune aide, fléchir la jambe sur la cuisse, elle sent à peine sur les jambes la piqûre d'une épingle. Elle ressent aux deux pieds des fourmillements presque continuels. La colonne vertébrale ne présente ni déformation, ni sensibilité dans un point quelconque de son étendue. Les urines et les matières fécales sont parfaitements retenues.

Le 20 : l'appétit est très-bon; la santé générale parfaitement rétablie, mais il n'y a aucun progrès du côté des membres inférieurs. On ne dirige aucun traitement contre cette paralysie, se réservant d'agir quand les forces et l'appétit seront complétement revenus.

Le 2 août : la malade nous dit que les fourmillements ont diminué, qu'elle remue les jambes plus facilement; nous constatons en effet qu'elle peut un peu soulever les jambes. La sensibilité est à peu près complète.

Dans les jours suivants et sans aucun traitement, les mouvements prennent plus de force et d'extension, et le 10 la malade se tient presque seule.

Le 20 : elle fait quelques pas en se tenant à son lit.

Le 30 août : elle marche seule et parcourt toute la longueur de la salle.

Le 13 septembre : elle demande à sortir de l'hôpital, se trouvant assez forte pour rentrer chez elle, et étant déjà descendue dans le jardin plusieurs fois.

Les quatre exemples suivants sont empruntés au livre de M. Ollivier d'Angers. La richesse des matériaux qu'il contient est inappréciable.

50. — *Suppression subite des règles. — Violentes douleurs lombaires accompagnées d'engourdissement, puis de paralysie des membres inférieurs et de la vessie. — Applications réitérées de sangsues. — Guérison le septième jour.*

Marie Beaujon, âgée de 28 ans, fortement constituée, avait éprouvé plusieurs irrégularités dans la menstruation, à cause de beaucoup

d'imprudences qu'elle avait commises : de pareilles circonstances développèrent de nouveaux accidents.

Cette fille, courant un jour après une vache qui s'était échappée du troupeau confié à sa garde, passa dans l'eau d'une fontaine ; elle était dans son temps périodique. Elle fut saisie d'un froid glacial ; l'écoulement cessa. Elle se plaignit aussitôt de fortes douleurs lombaires ; les extrémités pelviennes s'engourdirent, le second jour, elle ne marcha plus, la vessie fut frappée de paralysie, le pouls devint fort, il y eut céphalagie.

Dans cet état, elle fut conduite à l'hôpital de Blois, où elle entra le 12 septembre 1812, troisième jour de la maladie. Cette fille se tenait un peu sur le côté, et s'appuyait un peu sur le ventre ; elle ne voulait pas avoir d'autre position. Elle fut sondée, les urines étaient rouges. Nous fîmes appliquer 18 sangsues à la vulve ; on fomenta les lombes avec des flanelles trempées dans une dissolution de muriate d'ammoniaque ; nous prescrivîmes des boissons délayantes, des bains de jambes. Le quatrième jour, le spasme des cuisses et des jambes fut moindre : le cinquième, réitération de sangsues ; la paralysie cessa, la fièvre se calma, la céphalalgie fut presque nulle ; le sixième, mouvement des extrémités ; le septième, mieux soutenu, convalescence.

Dans l'exemple suivant, il y a eu d'abord paralysie générale, mais le mouvement et le sentiment sont revenus dans les membres thoraciques, les extrémités inférieures sont seules restées paralysées.

51 (1). — *Retard dans la menstruation. — Paralysie subite du sentiment et du mouvement dans les membres supérieurs et inférieurs. — Retour de la sensibilité et des mouvements volontaires dans les membres supérieurs après une saignée. — Dyspnée de plus en plus grande. — Morte le quatrième jour, dans un accès de suffocation.*

Une demoiselle, âgée de 19 ans, d'un tempérament fort et sanguin. Quoique bien réglée depuis longtemps, elle éprouvait un retard de trois jours, sans autres incommodités que celles qui annoncent la menstruation.

Le 1er avril 1816, après s'être occupée toute la journée à laver un appartement à l'eau froide, elle dîne à midi et demi ; tout à coup,

(1) Ollivier d'Angers, t. II.

elle se sent défaillir et tombe sur une chaise, ayant entièrement perdu la sensibilité et le mouvement volontaire de tout le corps, à l'exception de la tête et du cou, qui n'étaient nullement affectés. A peine fut-elle mise au lit, qu'un charlatan de l'endroit, appelé auprès d'elle, lui apporta une petite bouteille d'une liqueur dont il prescrivit une cuillerée d'heure en heure, et ordonna en même temps de frotter souvent tout le corps avec une flanelle imbibée d'eau-de-vie camphrée. Le lendemain matin, il fit administrer trois grains d'émétique.

Ce ne fut que le 2 avril, 48 heures environ après l'accident, que M. Belot se transporta chez la malade. Alors, décubitus en suppination, corps enfoncé dans le lit, bras étendus le long du corps ; perte de sentiment et de mouvement volontaire dans les parties déjà indiquées; chaleur âcre de la peau ; pouls petit, dur, serré ; face un peu vultueuse, respiration stertoreuse, esprit calme et tranquille. La petite bouteille d'élixir de Garus et de longue vie n'avait opéré d'autre effet qu'un sentiment de chaleur à l'estomac ; les frictions n'avaient rien fait ; l'émétique avait procuré deux vomissements bilieux ; les urines et les matières fécales n'avaient pas été rendues depuis l'accident (saignée copieuse du bras, frictions abdominales avec l'huile camphrée, petit-lait émétisé). Immédiatement *après la saignée, la malade recouvra l'usage du sentiment et du mouvement volontaire de ses bras, surtout du gauche, sur lequel avait été faite la saignée.*

Le soir, la respiration était moins stertoreuse ; les membres supérieurs sont sensibles et susceptibles de se mouvoir, mais les inférieurs restent paralysés ; les lèvres sont dégonflées, le visage moins rouge, le pouls plus souple et moins fréquent ; le sang fourni par la saignée était remarquable par son peu de sérosité et par les taches noires et blanches qui *mouchetaient* la surface du *coagulum.* (Nouvelle saignée.)

Le lendemain matin, pouls dur et fréquent, respiration stertoreuse, pommettes colorées, sensibilité des bras de plus en plus exquise ; étendue croissante de leurs mouvements ; nulle évacuation ; un peu de sommeil, tranquillité de l'esprit. Les cuisses étaient un peu sensibles, mais immobiles. A midi, la malade se plaignait du ventre, qui était visiblement distendu par la vessie remplie d'urine, laquelle se vida complétement pendant qu'on allait chercher une sonde. Dès ce moment, amélioration ; sur le soir, pouls dur, intermittent, et formant ses battements aux mouvements lents ou précipités de la respiration, qui continue à être stertoreuse, et qui prend, de temps en temps, le caractère de la suffocation ; alors la malade *criait* qu'elle étouffait. (Douze sangsues au siége, vésicatoires aux jambes, potion éthérée.)

Le lendemain, les piqûres de sangsues saignaient encore, mais les

vésicatoires n'avaient pas pris : les symptômes persistaient et les accès de suffocation étaient plus rapprochés. (Saignée du bras.)

Calme momentané ; trois heures après la saignée, suffocation terrible et continuelle qui, au bout d'une heure, se termine par la mort.

L'observation suivante est remarquable par l'hyperesthésie générale qui est survenue, ce qui la rapproche de la paralysie hystérique. Ici la paralysie n'est pas distincte, et sort presque de la paraplégie.

52 (1). — *Suppression des règles ; douleur dorsale avec troubles fonctionnels des organes thoraciques et abdominaux ; exaltation de la sensibilité dans les membres ; mouvements pénibles. — Guérison à la suite d'évacuations sanguines répétées.*

Mademoiselle A..., âgée de 22 ans, eut, à la suite de chagrins et de contrariétés, une suppression des règles. Bientôt, elle fut atteinte de céphalalgie avec des douleurs vers la région rachidienne, dont l'intensité causait souvent une interruption momentanée de la respiration, qui était suivie de syncope.

La circulation et les fonctions digestives participaient aux troubles généraux. Bientôt succédèrent, à ces premiers accidents, des douleurs lombaires tellement aiguës dans certains jours, *que la malade ne pouvait quitter son lit ni sa chaise.* Plus tard, se développèrent des douleurs dans le dos, qui s'étendaient de la tête au sacrum, et se propageaient latéralement à droite et à gauche jusqu'à l'épigastre. Tous les appareils organiques manifestaient leur souffrance.

Respiration difficile, sentiment d'oppression, toux sèche, mouvements du cœur violents et tumultueux, efforts de vomissement, coliques, constipation ; les membres *avaient une sensibitité morbide* ; et les douleurs résultant des moindres contractions les tenaient dans une sorte d'immobilié ; on ne pouvait les toucher sans faire crier la malade ; elle y éprouvait des frissonnements, une fatigue singulière.

Plusieurs applications de sangsues furent faites sur la longueur du rachis ; on activa l'écoulement du sang par les ventouses. Ce moyen soulageait la malade d'une manière très-marquée, et chaque fois on procurait une amélioration notable dans les accidents. On employa les bains, les fomentations émollientes sur toutes les parties. Les

[1] Ollivier d'Angers, t. II.

médicaments excitants produisaient toujours de l'exacerbation dans les accidents.

Malgré un traitement aussi rationnel, l'état de souffrance persista assez longtemps, surtout les douleurs dorsales et lombaires, mais enfin elles disparurent entièrement.

53 (1). — *Irrégularité dans la menstruation ; congestions rachidiennes cervico-dorsales ; récidives fréquentes de paralysie incomplète des membres supérieurs, puis des inférieurs, avec dyspnée et douleurs dorsales. — Efficacité de l'application des sangsues sur la région douloureuse.*

Madame X..., âgée de 49 ans, a cessé de voir paraître ses règles avec la même exactitude depuis un an. A dater de cette époque, elle éprouva des accidents, qui se répétaient à des intervalles plus ou moins éloignés, et dont l'intensité toujours croissante la détermina à me consulter. Voici quels sont les symptômes qui se manifestent, et qui sont d'autant plus prononcés et prolongés, qu'il y a plus d'intervalle dans les retours irréguliers de menstruation.

Sans aucune cause appréciable, que madame X... soit levée ou couchée, à jeun ou venant de manger, qu'elle marche ou soit assise, elle ressent tout à coup une pesanteur, une constriction dans la région épigastrique ; immédiatement après cette sensation, qui n'est que passagère, survient une bouffée de chaleur à la face et à la tête, qui se dissipe presque aussitôt, et, au même instant, lui succède un sentiment de brûlure vive dans la moitié supérieure du dos, depuis la septième vertèbre cervicale jusqu'à la huitième dorsale environ et dans une largeur de quatre travers de doigt environ. Cette douleur cuisante se propage rapidement aux deux bras, qui deviennent lourds, endoloris ; les mouvements des doigts sont difficiles d'abord, puis impossibles. Si madame X... veut saisir un objet quelconque, de l'une ou de l'autre main, il lui échappe. Cette paralysie incomplète est accompagnée d'un engourdissement général des deux membres, qui restent le long du corps comme des masses inertes ; la respiration devient plus difficile, la malade se plaint d'étouffer. Ces accidents durent environ, avec la même intensité, pendant une heure ; puis une sueur générale et froide recouvre tout le corps, il semble qu'un filet d'eau glacée descend des reins dans les membres inférieurs, qui perdent à leur tour la force de soutenir la malade, de sorte *qu'il lui est arrivé plusieurs fois de tomber par terre ; quand cette paraplégie incomplète*

[1] Ollivier d'Angers, t. II.

succédait inopinément au retour de la sensibilité et du mouvement dans les membres supérieurs, la disparition de la douleur dorsale est simultanée.

Ces attaques de paralysie successives des *membres supérieurs* et des *inférieurs*, accompagnées de tous les symptômes susdécrits, se renouvellent trois, quatre ou cinq fois dans la même journée, et durent ainsi quatre ou cinq jours; pendant tout ce temps, la constipation est opiniâtre; madame X... ne va à la garde-robe qu'au bout du quatrième jour, tandis que, pendant chaque attaque, tant que persiste la douleur dorsale et la paralysie des deux membres supérieurs, elle urine six ou huit fois, très-abondamment chaque fois, et toujours l'émission de l'urine est précédée d'un besoin pressant que la malade a souvent peine à maîtriser.

Il arrive assez fréquemment que ces accidents surviennent pendant le sommeil, et alors la malade est réveillée en sursaut par une suffocation imminente, à laquelle ne tardent pas à succéder la chaleur passagère de la tête, puis la douleur dorsale et tous les autres phénomènes indiqués.

Chaque fois que les règles doivent reparaître, leur retour est précédé, pendant trois ou quatre jours, de tous les symptômes décrits, et huit ou dix jours après la cessation de l'écoulement menstruel, qui est très-abondant et dure trois jours, les mêmes accidents se renouvellent à dix ou douze jours d'intervalle. Je dois ajouter que l'affaiblissement des membres inférieurs se dissipe à son tour graduellement, de sorte que trois quarts d'heure suffisent, en général, pour que le retour à l'état de santé soit complet : alors il ne reste aucune trace des accidents qui existaient peu auparavant, et madame X... jouit de la plénitude de toutes ses facultés jusqu'à ce qu'une nouvelle attaque vienne tout à coup interrompre ce calme passager.

Je laisse parler Ollivier d'Angers, qui émet sur le fait précédent quelques réflexions intéressantes.

« Je ne doutais pas un instant que tous ces phénomènes ne « fussent produits par une congestion rachidienne momen- « tanée, dont la partie inférieure de la région cervicale et la « moitié supérieure de la portion dorsale de la moelle épi- « nière et de ses enveloppes étaient le siége; il était évident « que cet afflux passager du sang dans le système vasculaire « rachidien, avait lieu depuis que l'utérus cessait d'être un « centre de dérivation et d'écoulement pour ce liquide. Ce-

« pendant, les règles apparaissent encore de temps en temps;
« je conseillai d'abord sur la région douloureuse du dos plusieurs applications de sangsues en même temps que des bains tièdes fréquents et quelques lavements purgatifs. Sous l'influence de ces seuls moyens, les attaques devinrent beaucoup moins fréquentes, moins prolongées, et les règles revinrent plus souvent.

« Ce qu'il importe de noter, c'est que, malgré l'abondance de l'écoulement menstruel, les accidents reparaissent beaucoup plus tôt après qu'il est passé qu'après la perte de sang qui suit l'application des sangsues dans la région dorsale. Ces saignées locales ont apporté dès le début une amélioration très-marquée, telle que la malade n'en avait pas éprouvé depuis un an. En comparant ces deux résultats, je n'hésite pas à croire que l'application des sangsues à la vulve qui pourrait paraître ici plus rationnelle, n'aurait pas eu les mêmes avantages que celle faite sur le siége même de la douleur dorsale, et qu'indiquent d'ailleurs son degré d'intensité et les souffrances qu'elle cause à la malade. »

EXPÉRIENCES

TENTÉES DANS LE BUT DE PRODUIRE LA PARAPLÉGIE CHEZ LES ANIMAUX.

Espérant arriver, sinon à l'explication bien claire de la manière dont la paraplégie se produit, du moins à l'observation de quelques phénomènes nouveaux, j'ai fait des expériences sur les chiens, dans le but de produire une néphrite aiguë ou chronique, afin d'amener, s'il y avait possibilité, la paralysie du train postérieur.

Avant de poursuivre, je parlerai d'un fait curieux que j'ai appris de M. Claude Bernard, et qui, m'a-t-il dit, est déjà connu des vétérinaires depuis quelques années. *C'est qu'une extrême faiblesse du train postérieur, chez les chevaux, est*

pour eux un symptôme de calcul dans les reins. Cette faiblesse peut aller jusqu'à la paralysie. M. Bernard a été lui-même témoin du fait, l'ouverture des reins lui a montré des calculs diagnostiqués pendant la vie.

Un autre fait, dont je parlerai plus longuement en traitant des paraplégies produites par l'asphyxie, mérite d'être rappelé ici. C'est que l'insufflation pulmonaire chez les chiens et les renards est souvent suivie de paraplégie. C'est ainsi que se sont passées les choses sous les yeux de M. Magendie et de mon père, lorsqu'ils faisaient des expériences relatives à l'asphyxie (1).

Voici quelles sont les expériences que j'ai tentées : 1° j'ai injecté dans les reins de plusieurs chiens, des dissolutions irritantes, dans le but de produire une néphrite aiguë ; 2° j'ai traversé chez d'autres, les glandes avec des allumettes pointues que j'ai laissées dans l'organe ; 3° j'ai fait des injections irritantes dans la vessie ; 4° j'ai lié le pénis afin d'opposer à l'écoulement de l'urine un obstacle que je n'enlevais qu'après 24, 36 et 48 heures.

Voici les résultats obtenus :

Première expérience.— Chez un chien de moyenne taille, deux incisions, longues de cinq centimètres, pratiquées dans la région lombaire, parallèlement à l'axe vertébral, à trois centimètres en dehors environ, et commençant immédiatement au-dessous des côtes ; une injection de quelques gouttes de sulfate de cuivre concentré et poussée dans les deux reins au moyen d'un tube à robinet, dont une extrémité très-fine et coupante est plantée dans le tissu du rein.

Tremblement, stupeur, inappétence, soif. Le troisième jour, un peu de faiblesse des quatre membres ; le quatrième, l'animal est couché, tourmenté, il se soulève et retombe ; le cinquième, l'œil est terne, enfoncé, de la bave s'écoule des deux commissures des lèvres, respi-

(1) Des circonstances assez nombreuses peuvent produire la paraplégie chez les animaux.

Les préparations arsénicales chez les chiens (exp. de M. Orfila).

Le part et la grossesse chez la vache.

Les caillots de l'aorte abdominale qui rendent le train postérieur anémique et paraplégique chez les chevaux (M. Goubault, professeur à Alfort).

Nous parlerons de chacune en temps et lieux.

ration fréquente, même faiblesse; le sixième, l'animal meurt dans la matinée, cinq jours pleins après l'injection. L'ouverture me montre une péritonite très-intense, une rougeur foncée générale de toute la séreuse, les reins sont noirs; il n'y a pas eu de paralysie chez cet animal, mais seulement la faiblesse extrême qu'entraîne avec elle une phlegmasie aussi grave.

Deuxième expérience.— J'ai recommencé la même tentative sur un petit chien, seulement au lieu de sulfate de cuivre, j'ai injecté deux gouttes de potasse caustique dissoute, et cela dans un seul rein.

L'animal est mort le neuvième jour, de la même manière, mais avec des symptômes moins tranchés. Il y avait du pus dans l'uretère. Pas de paralysie.

Troisième expérience. — Celle-ci a été faite par M. Bernard lui-même, dont le mérite et le savoir sont rehaussés par une grande simplicité et une extrême obligeance.

Le rein droit d'un chien d'une moyenne taille a été embroché par une plume d'oie, on est arrivé jusqu'à lui par la région lombaire. Triste pendant deux jours, ce chien s'est rétabli, et le dix-septième jour, j'ai vainement cherché dans le fond de la plaie, avec une pince, à retirer le corps étranger.

L'animal n'a pas cessé de courir et d'être leste. Sacrifié au bout d'un mois, je trouve le tronçon de plume fiché dans la capsule surrénale, ayant entamé la membrane fibreuse; inflammation bornée à la partie supérieure de la glande, légère rougeur péritonéale; la plaie extérieure s'est rétrécie, et cicatrisée dans les angles.

L'urine a été trouble et albumineuse, pendant sa vie, peut-être l'albumine vient-elle du sang de la plaie faite à l'organe.

Quatrième expérience. — Le rein gauche d'un chien de petite taille a été traversé par une brochette en bois et coupée au niveau de la plaie. Toutes les fonctions se sont faites pendant trois semaines naturellement, l'animal est resté couché presque tout le temps, excité avec un bâton, il se précipite dessus en se poussant sans lever le train postérieur, il semble y avoir chez lui une douleur extrême dans tous les mouvements, ce qui le contraint à ne pas bouger, ou bien il y a affaiblissement fébrile.

Quelques jours après, l'animal est sur ses jambes, paraît plus gai, mange bien. Je l'examine, et le doigt introduit dans la plaie ne sent pas la broche de bois; ou l'animal l'a arrachée, ou elle est tombée dans le péritoine; mais la santé du chien ne permet pas cette dernière supposition. — La plaie se cicatrise.

Sacrifié au bout de cinq semaines, rien dans le péritoine; la broche

de bois est sortie par la plaie; le rein porte sur la face antérieure un point rouge, et une cicatrice un peu déprimée.

Cinquième expérience.— Une injection de quelques gouttes de térébenthine est poussée dans le rein gauche d'une chienne assez grosse; tremblement et abattement, l'animal reste couché le lendemain et le surlendemain, meurt le quatrième jour, juste à l'heure de l'expérience. Péritonite effroyable, la séreuse est noir brun, le rein et la capsule surrénale sont noirs, un peu de pus réuni en foyers très-petits. Cette chienne avait dans le duodénum et l'estomac cinq vers solitaires de petite dimension. Nous avons retrouvé, mes amis M. Armand Moreau et M. Lallier, qui m'ont prêté, dans ces expériences, une assistance très-utile, les têtes implantées dans la muqueuse ; ce dont j'ai pu me rendre compte à l'aide du microscope.

Ici encore, il n'y a eu que faiblesse fébrile et maladive.

Sixième expérience. — Ligature du pénis, faite sur un chien de petite taille. Une petite ficelle est fortement liée autour du pénis.

25 heures après, le bout étranglé est rouge et vif, excessivement gonflé, il suinte quelques gouttes d'urine ; l'animal ne cesse de se lécher.

Le lien coupé, l'urine s'échappe avec force et en grande quantité. Rien n'est changé dans les habitudes de l'animal; replacé dans la cage, il boit avec avidité.

Le surlendemain, même ligature, seulement plus serrée et laissée 36 heures; le pénis est bleuâtre; l'urine n'a pas franchi l'obstacle. L'animal paraît plus abattu que la première fois, il se lèche continuellement. Placé sur ses pattes, il chancelle, mais ce n'est que faiblesse générale. Le lien est coupé, le chien urine en abondance, et reprend aussitôt sa gaieté, il boit comme la fois précédente. Sacrifié, voici le résultat.

Injection vive et violette de l'urèthre et de la vessie; elle s'arrête aux urethères, lesquels sont un peu rosés, le droit plus que le gauche, sont d'une teinte à peine plus foncée qu'à l'état normal. Urine trouble, un peu foncée, rougeâtre.

Septième expérience. — Ligature du pénis; chien de grande taille; est resté 48 heures avec le pénis lié ; au bout de ce temps, l'animal est inquiet, abattu, l'œil terne ; il est couché ; je le mets à terre, il marche quelques pas et se recouche ; je coupe le lien qui a déterminé une inflammation des plus vives et un gonflement énorme, avec œdème ; suppuration du méat. L'urine suinte goutte à goutte à de grands intervalles.

Sacrifié, la vessie est distendue par une urine rouge brun, dans laquelle j'ai vu des globules de sang en abondance.

L'injection de l'urèthre et de la vessie est plus vive que dans

l'exemple précédent ; les uretères sont distendus par l'urine; la muqueuse est vasculaire, rosée ; mais les reins, quoique volumineux, paraissent parfaitement sains.

Ces expériences sur les chiens, ne viennent pas, il est vrai, à l'appui de ce que je veux prouver. Mais tout le monde sait, qu'on ne peut pas conclure du chien à l'homme, particulièrement lorsqu'il s'agit de cicatrices, d'inflammations et de susceptibilité nerveuse.

Je conviens moi-même plus loin que la paraplégie ne survient chez l'homme que dans un très-petit nombre de cas de néphrite. Peut-être si j'avais fait cent expériences sur des chiens, au lieu de sept, aurais-je obtenu une proportion de paraplégie semblable à celle qui se manifeste chez l'homme.

Je cite cependant ces expériences, toutes peu concluantes qu'elles sont, afin de m'en tenir à la fidèle relation des faits.

HYPOTHÈSES

SUR LA MANIÈRE DONT SE PRODUIT CETTE PARAPLÉGIE.

Le centre nerveux rachidien exerce une influence indubitable sur la plupart des fonctions organiques, et dans le nombre se trouve la sécrétion urinaire.

Des communications intimes existent entre la moelle épinière et les ganglions du grand sympathique, au moyen des rameaux que leur envoient les nerfs spinaux antérieurs et postérieurs.

Ces connexions ont fait avancer à Legallois que ce centre nerveux sympathique y avait ses racines et y puisait son énergie, s'appuyant sur cette remarque, que le développement de ce système est toujours en rapport avec celui de la moelle, qui apparaît la première, chez le fœtus.

M. Stanley émet une opinion semblable.

L'anatomie comparée a conduit M. Weber à penser de

même, que, plus on descend dans l'échelle animale, plus le grand sympathique décroît d'importance, d'autant plus que la huitième paire (auditive) acquiert plus d'étendue, et, chez certains animaux, les nerfs de la huitième paire suppléent en entier le trisplanchnique.

Dernièrement M. Budge, de Bonn (1), a communiqué à l'Institut un travail ayant pour objet de démontrer que l'origine du nerf sympathique est dans la moelle. Il a fait en commun, avec M. Waller, des expériences pour le prouver. En voici le résumé : Les deux premières paires de nerfs pectoraux ayant été mises à nu à leur sortie de la moelle, ils ont irrité, en la tenant isolée, la racine postérieure de la première paire ; alors la pupille s'est dilatée. Cette racine une fois coupée, l'irritation faite sur la portion séparée de la moelle, la pupille n'a subi aucun changement. L'irritation portée ensuite sur la racine antérieure du même nerf, la pupille a été fortement influencée.

L'auteur en conclut que, dans ce cas, le ganglion n'est pas l'organe réflecteur, car autrement l'irritation de la racine postérieure aurait fait dilater la pupille, même après la section de cette racine. (Sur la deuxième paire, le résultat a été le même.)

Je transcris un passage du beau traité du système nerveux, de M. Longet, dans lequel ce professeur montre que le sympathique puise dans la moelle le principe de son action (page 306, t. I). « On sait combien sont nombreuses les ob-
« servations propres à démontrer que les lésions graves de la
« moelle s'accompagnent de la paralysie et de l'anesthésie du
« réservoir urinaire. Selon nous, les muscles du col sont sous
« la dépendance immédiate de la volonté et du système céré-
« bro-spinal, tandis que le reste de la tunique musculeuse de
« la vessie est soumis au grand sympathique, et hors de l'em-
« pire de la volonté. Si de prime abord l'excrétion des urines
« semble être un acte tout volontaire, c'est que, pour l'ac-

(1) Budge et Waller, séance de l'Institut, 30 août 1852.

« complir, se contractent en effet des muscles volontaires, tels « que le diaphragme, les muscles des parois abdominales et « surtout le releveur de l'anus ; *mais hors le col de la vessie,* « *tout cet organe se contracte à la manière de l'intestin grêle.* « *Quoique nous avancions que les mouvements involontaires du* « *corps de la vessie sont influencés par le grand sympathique,* « *nous ne les regardons pas moins comme étant sous la dépen-* « *dance médiate* DE LA MOELLE, DANS LAQUELLE CE NERF PUISE « SURTOUT LE PRINCIPE DE SON ACTION : *aussi peuvent-ils être* « *paralysés comme ceux du col vésical dans les lésions de l'axe* « *nerveux rachidien.* »

Quoi qu'il en soit de l'opinion considérable de M. Longet, et que pour ma part je partage, à l'égard de la puissance nerveuse que la moelle communique au grand sympathique, il est prouvé par l'expérience et admis par tous que la moelle exerce par l'intermédiaire du sympathique une influence sur la sécrétion urinaire, et les affections de ce centre nerveux modifient la puissance contractile de la vessie et altèrent la sécrétion de l'urine.

Des expériences de Krimer il résulte que les lésions artificielles de la moelle produisent des changements notables dans la nature de l'urine, que la destruction de la moelle dans sa portion allongée et cervicale fait cesser instantanément la sécrétion urinaire.

M. Bellingeri a vu sur des moutons l'inflammation du centre nerveux rachidien et de ses membranes être suivie fréquemment de péritonite et de néphrite, et l'urine devenir alors trouble et semblable au sérum du lait.

Les docteurs Prout et Hunkel ont observé que des chutes sur le dos, des commotions de la moelle donnent lieu à des urines alcalescentes et à des dépôts de phosphate terreux.

Cette influence peut s'expliquer par la disposition anatomique suivante : les ganglions lombaires communiquent largement avec les nerfs spinaux ; de ces ganglions partent de nombreux filets qui se rendent au plexus rénal.

Les fractures et les luxations des vertèbres qui déterminent la paraplégie sont ordinairement suivies de la production d'urines tellement ammoniacales et irritantes, que la destruction de la muqueuse vésicale en est la conséquence. Deux faits très-remarquables de ce genre ont été observés à l'hôpital Saint-Barthélemy, de Londres, en 1831 et 1832. L'un de ces malades, qui avait une fracture, avec déplacement de la cinquième et de la sixième vertèbre dorsale, mourut le vingt-sixième jour; l'autre, dont la fracture intéressait la huitième et la neuvième vertèbre, succomba le dixième jour. Chez tous deux l'urine, très-abondante d'abord, devint ensuite rare, d'un rouge de sang, et très-fortement ammoniacale ; on en faisait deux ou trois fois par jour, avec le cathéter, l'extraction artificielle. Sur ces deux sujets, la muqueuse vésicale fut trouvée sphacélée et détruite.

Chez un grand nombre de malades cités dans le dernier chapitre (de la compression de la moelle), les phénomènes, sans avoir été aussi tranchés, ont été à peu près analogues : les sondes s'encroûtaient facilement, l'urine était fortement ammoniacale, etc.

Bien que, dans la paraplégie produite par la myélite, les choses ne se passent pas avec cette promptitude, cependant l'urine est alcaline et laisse déposer en abondance des cristaux de phosphate terreux ; c'est ce que mon père a constamment observé, et ce que j'ai vérifié avec lui sur de l'urine d'un paraplégique dont la situation intéressait au plus haut point le corps médical de la Faculté.

Tout cela démontre bien l'influence de la moelle sur la sécrétion et l'appareil urinaire. Mais ce n'est pas cela qu'il s'agit de démontrer, c'est une action inverse des organes urinaires sur la moelle produisant l'arrêt de l'innervation.

Or, aucune explication physiologique satisfaisante n'a encore été donnée de cette action, que les faits nous démontrent. La maladie, débutant par les reins, exerce une influence fâ-

cheuse sur la moelle et les nerfs qui en naissent, sans laisser de traces.

M. Stanley se demande si, dans un cas de ce genre, on peut admettre que l'irritation ayant son point de départ dans les reins ou dans la vessie, s'est propagée par l'intermédiaire des nerfs sensitifs à la moelle épinière, et de là aux membres par le canal des nerfs spinaux, moteurs et sensitifs, déterminant dans les membres un désordre du sentiment et de la motilité. Cette explication que je rapporte, M. Stanley a cru la trouver confirmée par l'expérience suivante, de M. Herbert Mayo :

« Si quelques secondes après la mort on divise la moelle « d'un animal vers le milieu du cou, et vers le milieu du dos, « si l'on stimule ensuite un organe lié à la portion de la moelle « ainsi isolée, on détermine une action musculaire; en « d'autres termes, en stimulant un organe non soumis à la « volonté, l'irritation se propage par les nerfs sensitifs à la « portion de la moelle isolée, et de là aux muscles, par l'in-« termédiaire des nerfs de la volonté. »

L'expérience de Müller, qui, en pinçant sur des lapins des portions du grand nerf sympathique, après leur sortie du ganglion semi-lunaire, a déterminé des contractions des muscles abdominaux, montre bien une réciprocité d'action des stimulations des viscères de la vie organique sur les nerfs de la vie animale.

Ce n'est pas une action de stimulation, c'est au contraire un arrêt de l'innervation qu'il nous faut expliquer.

On observe parfois un fait qui aurait plus d'analogie avec celui dont je cherche le mécanisme; dans plusieurs fractures compliquées des membres inférieurs, il y a des rétentions d'urine qui ne sont pas le résultat de la position des malades, mais qui semblent produites par l'irritation des nerfs crural et sciatique, transmise au plexus lombaire et sacré formé par les nerfs spinaux, et de là aux nerfs de la vessie. Voilà bien un arrêt d'innervation produit, du côté de la vessie, par l'irritation des nerfs crural et sciatique. Ce serait précisément l'ac-

tion en sens inverse qui aurait lieu dans le fait de la paraplégie produite par les altérations de l'appareil urinaire.

Mais comment expliquer cette action en sens inverse? Robert Graves émet à ce sujet son opinion sous forme explicative; mais est-ce bien réellement une explication !

« La paralysie peut prendre sa source dans un rameau « nerveux, se propager vers le centre et de là, par une action « réflexe, se porter sur un point éloigné; ceci est prouvé par « des faits démonstratifs, et l'on est en droit de s'étonner « de l'embarras qu'éprouvent les auteurs à expliquer certains « cas pathologiques. »

M. Graves ne fait, selon moi, que répéter ce qui se passe sans l'expliquer, et, loin de trouver comme lui étonnant l'embarras des pathologistes, je me permettrais de dire qu'il est préférable d'avouer notre impuissance à l'égard de la pénétration de certains mystères. L'explication de M. Stanley est insuffisante, mais elle laisse plus de satisfaction dans l'esprit.

M. Graves continue :

« Si une irritation d'un nerf des extrémités du corps peut « produire le trouble et l'exaltation de tout le système muscu- « laire soumis à la volonté, par exemple dans le tétanos, il « n'est pas étonnant qu'une cause locale comme la première, « mais tendant à déprimer la motilité, au lieu de l'exalter, « affecte non-seulement les nerfs et les muscles de la partie « sur laquelle elle se développe, mais encore ceux de tout le « corps, ou seulement d'organes éloignés donnant lieu à la « paralysie. »

Mais quelle est cette cause déprimante ? C'est toujours l'inconnu pris comme clef d'une explication.

Broussais expliquait ces paraplégies par la transmission de l'irritation nerveuse à travers les filets de communication des nerfs splanchniques avec l'appareil nerveux locomoteur.

La nouvelle découverte de M. Remack (1) sur l'existence

(1) Communication faite à l'Institut et à la Société de Biologie, consignée dans la *Gazette médicale*, 1852, n. 44 et 49.

de ganglions du grand sympathique, dans différents organes, tels que la langue, l'estomac, la vessie, le foie, le rein, ne nous vient malheureusement pas en aide, pour expliquer comment l'organe malade peut influencer la moelle de telle sorte qu'il survienne une paralysie. Serait-il plus raisonnable d'admettre que, dans les cas d'inflammation purulente des reins, le pus absorbé réagit sur la moelle et arrête momentanément l'influx nerveux ?

Faut-il que l'effet aille nécessairement jusqu'à la moelle pour influencer les nerfs moteurs des jambes? Ne pourrait-on pas supposer que le sympathique communique sa souffrance aux nerfs moteurs par l'intermédiaire des plexus ou des ganglions, et que l'autopsie ne montre aucune influence exercée sur la moelle ?

Quelquefois l'engourdissement et la faiblesse des membres inférieurs dépendent de la pression exercée sur les plexus hypogastriques par la vessie distendue, car bien souvent cet état de réplétion de la vessie est méconnu pendant plusieurs mois, l'urine s'écoulant par regorgement, c'est un phénomène analogue à celui que produit quelquefois la grossesse. L'évacuation artificielle de l'urine fait cesser assez promptement cette faiblesse des extrémités inférieures.

C'est ce qui eut lieu chez M. D..., n° 33, et chez M. V..., n° 36.

La paraplégie causée par les pertes séminales volontaires ou involontaires dégagées de complications du côté de la prostate et des reins, peut s'expliquer d'une façon plus vraisemblable par l'ébranlement fréquent de l'encéphale et la dépense considérable du fluide nerveux ; et plus encore par l'affaiblissement qu'entraîne toujours une sécrétion exagérée, surtout quand elle est de l'importance de la liqueur séminale.

Si la perte ou l'excitation est d'ancienne date, le ramollissement inflammatoire de la moelle peut à la fin se manifester, et dès lors cesser d'appartenir à notre sujet.

Étiologie.

Si nous ne pouvons donner une explication physiologique tout à fait satisfaisante de la paraplégie par les altérations de l'appareil génito-urinaire, du moins pouvons-nous suivre le mécanisme de la production de ce phénomène. Le point de départ est souvent dans l'urèthre, mais le plus ordinairement au col de la vessie qui se tuméfie, soit par l'effet d'une ou de plusieurs blennorrhagies, soit par l'effet d'excitation souvent répétée, comme la masturbation ; quelques autres causes concourent à la tuméfaction de la prostate, je les examinerai plus loin.

Cette tuméfaction détermine bientôt une barrière qui s'oppose à l'évacuation complète de l'urine ; la portion qui n'est pas expulsée s'altère, devient ammoniacale. Ordinairement on diagnostique un catarrhe de vessie contre lequel on administre les balsamiques et les résineux de toute espèce ; le catarrhe persiste parce que sa véritable cause est méconnue, et que le seul remède qui pourrait être efficace, le cathétérisme, n'est pas pratiqué. La vessie s'enflamme et s'altère, l'inflammation gagne les reins et par continuité de tissu, et aussi par la stase habituelle dans les bassinets et les calices d'une certaine quantité d'urine que la demi-réplétion de la vessie empêche de descendre librement. Bientôt il se passe dans le rein ce qui avait lieu dans la vessie, l'urine retenue s'altère, devient irritante, il survient une pyélite et une pyélo-néphrite et la paraplégie. Les autopsies n'ont pas laissé de doute à cet égard.

C'est ainsi que les choses se sont passées chez plus de la moitié des malades dont nous avons raconté l'histoire ; l'inflammation, la tuméfaction de la prostate ou les rétrécissements de l'urèthre ont presque constamment été le point de départ. Nous voyons, même parmi les femmes paraplégiques, une d'elles (n° 10) chez qui les troubles de la fonction urinaire ont commencé comme ils débutent chez l'homme, par un

obstacle mécanique à la miction, situé au col de la vessie ; cet obstacle résultait de violences exercées sur le col de la vessie, bien des années auparavant, dans un accouchement laborieux, terminé par le forceps ; de là les rétentions d'urine répétées qui eurent lieu par la suite ; de là ce lacis de veines variqueuses autour du col et la couleur ardoisée de la vessie.

Voilà bien la marche de la maladie ; — maintenant, pourquoi la néphrite, la pyélite, la cystite, la prostatite, l'uréthrite, si communes, sont-elles si rarement suivies de paraplégie ? Nul ne saurait le dire ; et je crois que nous retombons dans l'inconnu ; il faut donc se contenter d'observer le fait.

Il me reste encore certaines choses à dire sur les causes les plus communes des désordres de l'appareil génito-urinaire qui produisent la paraplégie. La blennorrhagie chez quinze malades cités précédemment, a été le premier point de départ de la difficulté de la miction ; chez quelques-uns l'uréthrite a laissé derrière elle un suintement chronique, blanchâtre, qui a résisté pendant des années à tous les traitements, l'écoulement s'est répété chez plusieurs autres, cinq, six et sept fois, puis l'urine a cessé de couler librement, des rétrécissements se sont formés que l'on a combattus par la dilatation permanente ou temporaire. Chez cinq malades le cathétérisme a été suivi de cystite et de néphrite aiguë, que la paraplégie n'a pas tardé à suivre chez trois autres; des injections irritantes faites dans l'intention d'arrêter l'écoulement, ont produit une inflammation assez vive pour retentir jusqu'aux reins : dans ce cas encore la paraplégie a suivi de près, chez ceux-ci la sonde a été le point de départ de la phlegmasie, chez ceux-là l'injection.

Un calcul formé dans le rein ou arrêté dans l'urèthre, peut donner lieu à la néphrite aiguë (n°s 2, 14).

Nous venons de voir chez une femme (n° 10) l'application du forceps, suivie de difficulté dans l'émission, depuis la contusion du col de la vessie ; une néphrite aiguë entraîne la mort après une paraplégie presque complète du sentiment et du mouvement.

La pyélo-néphrite et la cystite chronique les mieux caractérisées avaient amené la paraplégie chez un individu qui abusait de l'alcool (n° 12), et chez lequel le désordre des voies urinaires ne pouvait être rattaché à aucune autre cause.

Les excitations et les irritations répétées quand elles n'entraînent pas la néphrite et la cystite, ont pour résultat ordinaire le gonflement de la prostate ; nous venons de voir, il y a quelques instants, comment alors la pyélo-néphrite et la néphrite en sont la conséquence et comment survient aussi la paralysie.

Bien d'autres causes irritantes peuvent concourir à la tuméfaction de la prostate. Nous voyons le principe rhumatismal venir se fixer sur le tissu de cette glande, en doubler le volume, chez un officier de cavalerie obligé de monter souvent et longtemps à cheval, chose qui suffit déjà à elle seule pour la tuméfier.

Un engorgement de la prostate datant de six années, et tel que cette glande était trois fois grosse comme à l'état normal (n° 37), était dû à une collection purulente qui s'est enfin ouvert un passage dans la vessie à cinq époques très-rapprochées.

Chez un autre sujet, des hémorrhoïdes gênantes par leur volume et leur fluxion se flétrissent, cessent de le tourmenter, la turgescence se porte sur la prostate par les vaisseaux communs, veineux et artériels de l'anus et du col de la vessie (1), et de ce moment date son hypertrophie, que l'habitude qu'avait prise ce malade (n° 36) de ne céder, que fort longtemps après, à l'envie d'uriner, avait déjà peut-être excitée.

Chez un quatrième (n° 33), l'engorgement de la prostate est dû à une cause que l'on observe beaucoup plus rarement : des fragments d'un calcul vésical s'arrêtent dans le col, les manœuvres nécessaires pour les repousser et les extraire ont

(1) Le plexus veineux pelvi-périneal fournit au rectum et à la gaîne fibreuse de la prostate.

déchiré et enflammé le tissu prostatique qui depuis s'est hypertrophié.

J'ajouterai qu'il est des individus qui urinent difficilement sans autre raison qu'une prédisposition naturelle.

La masturbation et l'excitation immodérée des organes sexuels travaillent énergiquement au développement de la prostate.

M. Lallemand, dans son ouvrage *des Pertes séminales*, a consacré un long chapitre à l'influence de la masturbation sur la production de la paraplégie.

En faisant des recherches comparatives sur les aliénés des deux sexes, il a trouvé que chez l'homme la masturbation est très-souvent suivie de paralysie des membres inférieurs.

Entre beaucoup de faits rapportés par M. Lallemand, je choisirai le suivant, pour montrer l'effet de l'excitation génitale sur la production de la prostatite et de la cystite causant la paraplégie (pertes séminales, n° 54). M. D..., de Philadelphie, se livra au collége à la masturbation. Le premier effet qu'il en éprouva fut un besoin fréquent d'uriner. A 12 ans, il en était tellement tourmenté, qu'il était quelquefois obligé d'y céder jusqu'à quinze fois dans une heure..... à 28 ans, *l'état des urines, leur fréquente expulsion, les douleurs vagues du périnée, des testicules*, etc., firent penser à l'existence d'une pierre, mais le cathétérisme n'indique qu'une *excessive sensibilité de l'urèthre, surtout vers le col de la vessie. M. D... était faible, chancelant, ses extrémités inférieures étaient toujours glacées...*

Les pollutions nocturnes peuvent être causées (ainsi que je l'ai observé) par l'abstinence des plaisirs sexuels; l'urine a cessé aussi de couler librement, puis s'est manifestée une grande faiblesse dans les jambes ; les pollutions peuvent se montrer aussi sans cause appréciable, comme chez notre malade du n° 39, qui était affecté de pertes séminales diurnes et nocturnes.

Cependant la masturbation, les pertes séminales fréquentes, peuvent, chez un très-petit nombre d'individus, causer la pa-

raplégie sans que la prostate et les reins soient malades. Dans ces cas rares, c'est à l'épuisement causé par la liqueur sécrétée en abondance et aux secousses répétées du système nerveux qu'il faut attribuer la paralysie.

J'ai parlé de la masturbation, l'influence de cette dernière est très-bien développée dans une lettre écrite il y a cinq ans, à mon père, par le célèbre chirurgien M. Valentin Mott, de New-York, en voici la traduction :

« Mon excellent ami,

« Je m'empresse de répondre à la demande que vous m'avez « faite, il y a quelques jours, nous rendant à l'Hôtel-Dieu. Le « sujet de thèse qu'a choisi votre fils est digne de fixer l'atten- « tion des médecins, et, pour ma part, j'en ai fait l'objet d'une « étude particulière.

« Je suis convaincu qu'il y a une forme de paralysie des « membres inférieurs, qui parfois suit les abus que font les « jeunes gens et les vieillards des organes sexuels, et quel- « quefois, bien que d'une manière moins distincte, le gonfle- « ment de la prostate dans une période avancée de la vie.

« J'ai observé, sur une dame mariée, une faiblesse des ex- « trémités inférieures qui provenait évidemment d'une exci- « tation excessive des organes sexuels.

« J'ai vu des paraplégies survenir chez des jeunes gens des « deux sexes, par suite de masturbation poussée à l'excès.

« La faiblesse des membres inférieurs, à laquelle donne lieu « la tuméfaction de la prostate, reconnaît aussi bien souvent, « pour cause première, la masturbation trop souvent répétée. « Cette faiblesse peut aller jusqu'à la paraplégie la plus com- « plète, revêtant toutefois le plus souvent la forme dans « laquelle la pointe du pied est relevée, parce que la puis- « sance des muscles extenseurs l'emporte encore sur celle des « fléchisseurs.

« Il résulte de mes observations que, dans la plupart des

« cas, la puissance motrice est seule affectée, la sensibilité « restant à l'état normal ; quelquefois même j'ai vu la sensi- « bilité exaltée jusqu'à la névralgie.

« Un jeune homme avait dans la jambe droite une paralysie « du mouvement et une sensibilité névralgique excessive ; la « jambe gauche avait conservé la faculté motrice, mais la sen- « sibilité y était complétement abolie. Il mourut après deux « ans de souffrance.

« Pour toujours votre sincère ami,

« VALENTIN MOTT, M.-D.,

« Professeur de chirurgie à l'université de New-York. »

La masturbation a été, chez quatre de nos malades, la première cause de maladie, celui du n° 27, D..., s'est livré à cette funeste passion. Depuis 14 ans jusqu'à 18, et plus tard, il a abusé du coït.

Le n° 32, B..., s'est non-seulement masturbé, mais il s'est fait plus tard masturber par les femmes.

Le n° 40, depuis 13 ans jusqu'à 20, s'est adonné aussi à cette déplorable habitude.

Nous avions considéré le n° 41, C..., comme affecté de paralysie due à la même cause.

J'envisagerai plus loin, après la paraplégie des voies urinaires, la forme et les symptômes de celle qui dépend de l'utérus.

Ce n'est que pour mémoire que je cite ici ces causes qui sont les troubles fonctionnels de l'utérus, tels que les hémorrhagies abondantes, la suppression brusque du flux menstruel, ou l'arrêt instantané des lochies, la grossesse, et, après l'accouchement, une inflammation du tissu cellulaire péri-utérin, un phlegmon pelvien, etc.

Anatomie pathologique.

On ne trouve, pour ainsi dire, de traces d'altérations pathologiques que dans les organes génito-urinaires.

Dans un seul des exemples de M. Stanley, n° 8, *il y avait une légère turgescence vasculaire de la moelle* et de ses enveloppes au niveau de la région lombaire, et un peu de sérosité. Au n° 6 on trouva un peu d'injection des enveloppes.

Dans les autres autopsies faites par MM. Stanley, Rayer et dans les miennes la moelle était dans la plus parfaite intégrité; les membranes saines ainsi que les fibro-cartilages. — Le liquide rachidien lui-même était limpide et en quantité normale.

Dans les autopsies de M. Lallemand, on a omis d'examiner l'axe cérébro-spinal.

L'examen doit donc s'appesantir sur les organes génito-urinaires.

La *néphrite aiguë* et la *pyélo-néphrite* ont été des plus évidentes ; ces deux formes d'inflammations sont survenues avec l'allure qui leur est propre, la première brusquement, la seconde lentement, mais les deux presque toujours à la suite d'un obstacle opposé à l'écoulement de l'urine, situé soit au col, soit dans l'urèthre, ce qui vient appuyer l'explication que j'ai émise sur la production mécanique de l'inflammation des glandes urinaires, telle qu'elle s'est faite chez ces malades.

En examinant les voies génito-urinaires, depuis l'organe excréteur jusqu'à l'organe sécréteur, nous passerons rapidement en revue les différentes traces que la maladie a laissées dans chaque partie.

1° Dans aucun des exemples rapportés précédemment, on n'a noté de particularité importante dans la *portion spongieuse et membraneuse de l'urèthre ;* est-ce par omission, est-ce parce que bien des rétrécissements suffisants pour arrêter l'urine sont effacés par la mort, et quand on fend le canal ?

Ces deux interprétations, je crois, sont admissibles. Il n'y avait rien dans le canal des nos 12 et 13 que j'ai moi-même examinés.

2° L'inspection de la *portion prostatique de l'urèthre et de la vessie* attire quelquefois l'attention de l'observateur, mais seulement dans le cas où la prostate est elle-même altérée. Elle était un peu volumineuse chez les nos 12 et 13.

M. Lallemand, chez le n° 16, a trouvé le col rouge brun sans consistance, sillonné de déchirures, et chez le n° 14, la membrane muqueuse était disséquée dans la portion prostatique et criblée d'ouvertures qui correspondaient avec un foyer purulent de la prostate réduite à l'état de poche ; l'ouverture ronde des canaux éjaculateurs, s'était transformée en fente éraillée.

Si la prostate a été modifiée dans sa texture, on la trouve fongueuse, vasculaire, fibreuse, dégénérée même : si son volume est seulement augmenté, cette glande sera doublée et même triplée, cette hypertrophie sera plus souvent bornée à l'un des lobes latéraux, ou bien encore la portion médiane se sera développée pour en former un troisième appelé lobe pathologique d'Everard Home qui dans ce cas forme un véritable bourrelet transversal. J'ai vu plusieurs exemples d'une forme assez remarquable de cette tuméfaction, portée pour ainsi dire par un large pédicule et jouant le rôle de soupape. Il est plus rare de trouver la prostate remplie de pus (n° 15), ou de petits abcès multiples, disséminés dans son tissu, autour desquels il y a un léger ramollissement. Différentes causes inflammatoires les produisent, de petits calculs durs et luisants peuvent en être le point de départ (observ. 34). On retrouve quelquefois dans le parenchyme de la glande, les traces du passage d'un instrument qui l'a traversée de part en part.

3° Tous les degrés de l'inflammation se retrouvent dans la *vessie*, depuis la simple injection de la muqueuse jusqu'à son érosion complète, jusqu'à la perforation de toutes les tuniques de l'organe. Une simple irritation avec injection générale de

toute la muqueuse est assez commune (nos 3, 4, 11). Cette injection est dans certains cas si prononcée, qu'elle est de couleur livide (n° 10), ardoisée (n° 6), ecchymosée (n° 16), quelquefois elle est couverte dans quelques points de fausses membranes jaunes, épaisses (nos 10, 6), elle est en même temps épaissie fongueuse (n° 13), sillonnée par des vaisseaux variqueux qui, de la face antérieure et du bas-fond convergent sur le col (n° 10) ; les colonnes charnues de la couche musculaire sont hypertrophiées ainsi que les autres tuniques, ce qui peut donner à leur ensemble l'épaisseur énorme d'un centimètre, ainsi qu'on le voit chez les nos 12 et 13. Son épaisseur, au lieu d'être augmentée peut être diminuée, on la trouve aussi érodée, ulcérée ainsi que les couches sous-jacentes ; les parois de l'organe peuvent renfermer de petits abcès entre les différentes couches (n° 13) ; enfin l'organe se trouve complétement perforé en plusieurs points, et communique avec le péritoine (n° 12). On trouve aussi souvent à la mort la vessie mince de parois et dilatée par une grande quantité d'urine (nos 8 et 15).

Cette perforation est suivie d'épanchement d'un liquide trouble dans le péritoine ; on retrouve tous les indices de l'inflammation de cette séreuse, injection générale rougeâtre et pointillée sur le fond grisâtre, fausses membranes adhérentes aux viscères (n° 12) : il peut arriver que la péritonite soit partielle comme cela est arrivé (n° 13). Il s'est formé une poche coiffant la vessie, séparée du reste de la cavité séreuse par de nombreuses adhérences.

4° Quand la mort a été causée par une néphrite chronique, les uretères, le calice et les bassinets sont ordinairement remplis par un pus abondant, jaune, épais, qui les distend et qui, par la pression, reflue dans la vessie. Leur volume est exagéré, ils peuvent prendre des dimensions qui les rendent quelquefois méconnaissables. Leurs parois sont hypertrophiées, colorées en différentes nuances, la muqueuse est épaissie (gonflée), décolorée, blanchâtre, mamelonnée, piquetée de points rouges

fins et espacés (nos 5, 6, 12, 13, 14). Plus rarement les parois sont amincies, brunâtres, la muqueuse villeuse très-injectée, comme chez le n° 15.

Après le tissu du rein, la muqueuse du bassinet, des calices et de l'uretère porte le plus souvent seule les traces de l'inflammation, elle est injectée, sa couleur est rougeâtre ou d'un brun livide, elle adhère facilement à la couche celluleuse, comme on le voit chez les malades des nos 3, 4, 7, 8 et 10. L'injection s'étend quelquefois par places à toute l'épaisseur des parois.

5° Les reins, chez ces malades, sont toujours profondément altérés, un seul l'est quelquefois; dans la pluralité des cas, ils le sont tous deux à des degrés différents.

Lorsque la marche de la maladie a été rapide, on trouve les caractères anatomiques de la néphrite aiguë. En rapprochant les signes offerts par les différentes autopsies que je rapporte, on aura un tableau presque complet de toutes les manifestations locales de la maladie.

Le volume de l'organe est sensiblement augmenté, la couleur extérieure est plus foncée qu'à l'état normal, elle peut varier de nuances depuis un beau rouge vif jusqu'au noir, comme on l'a observé chez les nos 3, 7, 8. Cette teinte peut être uniformément répandue sur l'organe ou ne se rencontrer que par places; une arborisation visible à l'œil nu, un pointillé très-fin, des stries souvent, donnent aux reins la coloration que l'on observe; il est assez fréquent de rencontrer à la surface de l'organe de petits points purulents qui sont isolés dans certains endroits, groupés dans d'autres, et qui font une très-légère saillie. Les nos 3, 4, 5, 10, se sont trouvés dans ce cas, la membrane fibreuse est très-adhérente à l'organe, et se casse au lieu de s'énucléer comme à l'état sain.

On trouve rarement dans la néphrite, comme chez le n° 10, la surface du rein rugueuse, bosselée, et de petits kystes dans l'épaisseur de la substance.

A l'intérieur, tantôt les reins sont ramollis et gorgés de sang,

qui leur donne une coloration rouge, bleuâtre ou noirâtre; tantôt il y a de nombreux abcès d'un volume variable, le plus ordinairement très-petits (comme on le voit dans les autopsies des malades des n°s 3, 4, 5, 7, 8 et 10, affectés de néphrite aiguë); chez la femme du n$_o$ 10, ils étaient innombrables et ne formaient que de véritables petits points.

Il est facile de faire un rapprochement entre les numéros des malades dont les reins étaient gorgés de sang, et ceux chez lesquels ils étaient farcis de petits abcès, pour voir que ce sont, excepté deux, les mêmes individus. La phlegmasie chez eux n'avait pas marché avec une égale vitesse, dans les deux reins.

Le rein, cet organe dont la destruction peut être le résultat d'un travail phlegmasique de quelques jours, résiste quelquefois des mois, des années à la même cause irritante qui alors transforme son enveloppe, qu'elle épaissit, son tissu propre, qu'elle amincit, qu'elle décolore, qu'elle racornit, qu'elle baigne dans le pus jusqu'à ce que l'infection purulente ait mis fin à ce travail morbide. Pour ne plus recourir toujours aux numéros des malades, je dirai seulement que cinq observations de néphrite chronique, avec autopsie, sont consignées précédemment, n°s 11, 12, 13, 14 et 15.

J'ai assisté à l'ouverture des n°s 12 et 13, je vais énumérer en quelques mots les lésions remarquables qui ont été notées. Le volume de l'organe est assez fréquemment, un peu augmenté; il est exceptionnel d'en rencontrer d'aussi volumineux que celui du n° 14, qui déprimait le foie et descendait dans la fosse iliaque, à une petite distance du ligament de Fallope. Le rein est quelquefois diminué, comme racorni; l'enveloppe fibreuse est peu adhérente; la surface est inégale et rugueuse, surtout à la partie supérieure et sur son bord convexe; il y a des bosselures irrégulières, fluctuantes, jaunâtres, transparentes, séparées par des dépressions assez profondes, d'apparence fibreuse comme du tissu de cicatrice, les inégalités semblent être dues quelquefois aussi à du tissu glandulaire

hypertrophié; ces inégalités, quelquefois aussi peu saillantes, se sentent à travers le tissu : les teintes foncées qui se rencontrent dans la forme aiguë, ne s'observent plus ici. L'organe est généralement plutôt décoloré, comme anémique; le gris rosé, le rose pâle, légèrement jaunâtre, ponctué de points noirâtres ou de lignes bleues, sont les teintes ordinaires.

La pesanteur spécifique de l'organe est augmentée ; lorsque le mal est arrivé au dernier degré, sa consistance est flasque, il semble à demi rempli de liquide ; lorsqu'il est ouvert, la substance elle-même est dure et ferme, blanchâtre, rosée, décolorée, rarement granuleuse, mais presque toujours parsemée de petits foyers purulents, les uns renfermés dans le tissu, les autres communiquant avec les calices. Les substances propres de l'organe, corticales et tubuleuses, peuvent être transformées et réduites à une enveloppe, une espèce de coque dense, fibreuse, criant sous le scalpel, remplie de cloisons.

Il y a des degrés intermédiaires ; la décoloration n'est pas toujours aussi frappante, la déformation extérieure peut être presque nulle, les muqueuses plus roses, plus minces, le liquide purulent clair, mêlé à l'urine et en petite quantité ; mais les abcès parenchymateux en petit nombre et assez larges sont presque constants.

Nous voyons chez un malade, dont M. Rayer rapporte la note, qu'on trouva à sa mort, un rein énorme, formant une masse lardacée, parsemée de tubercules.

Symptômes.

Les symptômes de la paraplégie fixeront seuls notre attention. Je ne considérerai la maladie première que pour noter quelle influence sa propre marche a fait subir à celle de la paralysie.

Cette influence est telle, que si la néphrite aiguë a été la cause première de la paralysie, celle-ci sera complète, ou très-manifeste en quelques jours, et même en peu d'heures.

Si la marche de l'affection que nous reconnaissons pour cause est lente et chronique, la paralysie affectera une marche progressive, et prendra des mois pour mériter ce nom, elle s'arrêtera bien souvent dans sa marche et pourra ne se traduire que par une extrême faiblesse des membres inférieurs.

D'abord je considérerai la paraplégie dans ses manifestations après la *néphrite aiguë.*

1° Dans cette circonstance la paralysie est précédée par un changement dans la sécrétion de la glande rénale, urine rare, sanguinolente, alcaline, etc. La paraplégie apparaît, on peut dire, brusquement, comme s'il s'était fait dans le tissu de la moelle un épanchement de sang assez considérable ; en même temps une douleur intense, qui a été très-aiguë chez deux des malades observés par M. Rayer, se fait sentir dans toute l'épine du dos. Certains sujets ne ressentent cette douleur que plus tard, quelques heures, quelques jours après. Chez certains autres, et c'est l'exception, cette douleur, après avoir été intense, a disparu le deuxième ou le troisième jour ; on observe ordinairement sa persistance aussi longtemps que le trouble nerveux lui-même persiste.

Tantôt cette douleur occupe toute une région, comme les lombes, le dos ou seulement la longueur du dos, tantôt le sacrum et le flanc. Je l'ai vue s'étendre à tout le bassin. Elle peut siéger dans un point circonscrit au niveau d'une seule vertèbre dorsale ou lombaire. *La pression exercée dans ce point, n'exalte que rarement la souffrance.*

Cependant M. Stanley a noté deux fois que la pression exercée sur une vertèbre, déjà le siége d'une douleur, exaspérait cette sensation d'une manière évidente ; mais il ajoute que l'application d'une éponge chaude ne l'augmentait pas.

La région rénale est souvent le siége d'une douleur intense inégalement vive des deux côtés.

La pression, dans cette région, est fréquemment pénible, surtout du côté où les douleurs naturelles sont le plus vives, comme on le voit chez les malades des n°s 18, 19, 21.

Cependant c'est un fait notable, et signalé du reste, qu'un rein peut être désorganisé ou farci d'abcès, sans révéler son état par de la douleur, même à la pression.

Ici, plus que dans la paraplégie due à une néphrite chronique, tantôt *il y a paralysie complète du sentiment et du mouvement* dans les membres, quelques exemples qui précèdent sont dans ce cas ; tantôt, et c'est le plus souvent, la myotilité et la sensibilité sont sensiblement diminuées, *le mouvement plus que le sentiment*, et cela presque toujours d'une manière inégale dans les deux membres. Ainsi dans l'un, la faculté de sentir et celle de mouvoir peuvent n'être qu'émoussées, et presque complétement éteintes dans l'autre. *Le membre le plus faible est quelquefois le siége de douleurs très-violentes. L'état du rein exerce une influence immédiate probable sur la paralysie du membre correspondant*, car il a été noté chez la malade du nº 10, que le rein le plus lésé correspondait au membre pelvien complétement paralysé.

La paralysie est souvent précédée par un engourdissement douloureux des membres, des fourmillements lui succèdent et persistent quelquefois aussi longtemps que le trouble nerveux; un tremblement général peut se joindre à ces symptômes.

La paralysie n'est quelquefois qu'une extrême faiblesse, sans douleur, sans fourmillements dans les membres, alors aussi manque la douleur dans le dos.

Dans les cas exceptionnels, la faculté d'épancher volontairement l'urine et d'expulser les excréments peut être conservée. M. Rayer a plutôt observé la rétention et la constipation ; j'ai moi-même eu l'occasion de remarquer ce symptôme, plutôt que l'incontinence des matières fécales et de l'urine, comme l'a noté M. Stanley. Cependant, chez deux de ses malades, l'incontinence a été précédée par la rétention. J'ajouterai que la rétention n'est pas produite par la paralysie de la vessie, car si l'on introduit une sonde, le jet est assez intense pour indiquer que cet organe n'a perdu que peu de son ressort. Le nº 21 était dans ce cas.

Il est un fait remarquable, *ce sont les variations que la faiblesse des membres semble subir d'après l'acuïté plus ou moins grande de la néphrite.* Un des malades observés par M. Rayer (observ. 18), est conduit à l'hôpital, une première fois affecté de néphrite aiguë et de paraplégie ; la phlegmasie calmée, les mouvements volontaires se rétablissent, et le patient reprend son état ; six semaines après, la néphrite aiguë reparaît accompagnée de paraplégie. Chez les malades des n°s 25 et 26, déjà affectés de paraplégie commençante, à la suite de néphrite chronique, des accidents de néphrite aiguë ont été causés par l'application de sondes à demeure, la paraplégie est devenue complète pendant la durée de la phlegmasie, pour redevenir aussitôt après ce qu'elle était avant, beaucoup moins manifeste.

2° *La néphrite chronique* a-t-elle été le point de départ de la paraplégie, sa forme, ses manifestations seront alors bien différentes, et comme je l'ai dit en commençant, sa marche sera graduelle, progressive et assez lente. Une simple faiblesse dans les jambes annonce son arrivée, le pas cesse d'être ferme, les jambes fléchissent de temps à autre ; l'ascension des escaliers devient difficile ; puis le pied se porte en dehors et se pose à terre avec incertitude, le balancement du corps s'ensuit, alors il y a titubation, sautillement ; à cela se joint quelquefois un tremblement général, le soutien d'un bâton, puis des béquilles devient bientôt nécessaire. Une seule fois (chez le n° 30) la paraplégie est survenue subitement après une marche fatigante ; ce malade n'urinait qu'avec la sonde depuis 6 ans.

Le début de la paraplégie n'est pas ici annoncé ou accompagné, comme précédemment, de douleur aiguë dans le dos, soit générale, soit locale. Trois fois seulement les malades ont accusé une douleur générale occupant l'épine dorsale : *la pression exercée sur les apophyses épineuses n'est pas pénible, l'éponge imbibée d'eau chaude ne développe nulle part de douleur.*

Ces malades éprouvent ordinairement une grande lassitude

dans les reins et dans les lombes et ne redressent qu'avec difficulté le tronc sur le bassin. Dans un exemple (nº 14), la région lombaire fut le siége de douleurs persistantes, assez fortes, plus vives du côté droit ; elles se prolongeaient jusque dans la région inguinale droite. L'autopsie dans ce cas a montré un rein rempli de pus et hypertrophié au point de toucher le ligament de Fallope.

La paraplégie dans la néphrite chronique est rarement complète, les phénomènes qui la caractérisent sont bien moins accentués qu'après la néphrite aiguë.

Le *mouvement* n'est pas totalement aboli, dans la majorité des cas ; il n'y a qu'une extrême faiblesse ; les membres peuvent encore exécuter dans le lit des mouvements assez énergiques, et quelquefois s'élever au-dessus du plan qui les supporte ; certains malades conservent assez de force pour marcher quelque temps avec un appui ; d'autres, à peine ont-ils fait quelques pas, s'accrochent au premier objet qu'ils trouvent à leur portée. Les uns éprouvent dans les membres inférieurs une sensation d'engourdissement, de froid et de démangeaison ; d'autres ressentent des crampes (nº 14), des fourmillements ou continuels ou intermittents, siégeant de préférence à la plante des pieds et sur le trajet du sciatique, ou bien des picotements qui se répandent quelquefois dans tout un membre, plus dans l'un que dans l'autre. Des douleurs vives dans les jambes, dans les genoux ne se rencontrent que chez un petit nombre. Le nº 23 a ressenti dans le rectum des douleurs très-aiguës. Les contractures qui s'observent souvent dans la méningite rachidienne produite par la compression, les secousses convulsives, la roideur ou la flexion continuelle sont extrêmement rares. Le professeur Sanson (nº 11) *éprouvait des secousses brusques, convulsives, très-fréquentes, et bien qu'il n'eût pas conscience du chatouillement et du pincement, ces divers modes de stimulation les provoquaient.*

La sensibilité au toucher et à la douleur s'est *conservée intacte dans la moitié des cas, elle était seulement émoussée chez les autres,*

et deux fois complétement paralysée. J'ai observé sur un même malade de l'insensibilité partielle d'un membre avec hyperesthésie dans une autre région du même membre (observ. 27). Le sentiment du contact et de la douleur était conservé au membre inférieur droit ; sur celui de gauche il y avait anesthésie et analgésie (1), surtout au cou-de-pied, mais au-dessus de la malléole externe, il y avait un point hyperesthésique très-sensible, grand comme le creux de la main. Chez le professeur Sanson (n° 11), toute la sensibilité était éteinte dans les membres inférieurs, aux parois abdominales et thoraciques jusqu'auprès du mamelon ; chez le n° 24, la sensibilité était plus obtuse à droite qu'à gauche, il fallait pincer très-violemment pour produire l'ombre d'une douleur.

La nutrition des membres paralysés continue à se faire presque comme à l'état normal ; il est rare qu'il y ait une diminution bien sensible dans leur volume ; l'amaigrissement est bien éloigné de l'atrophie qui succède à la paralysie avec myélite.

Le rectum n'est pas paralysé, il y a bien de la constipation, un peu de paresse de l'intestin, mais je n'ai pas encore vu d'évacuation involontaire, quand la néphrite chronique a précédé.

Quant à la vessie, elle conserve sa contractilité. Le jet a toujours une certaine projection, et quoique un petit nombre de nos sujets aient eu de l'incontinence, je n'en affirme pas moins que la vessie avait conservé de son ressort. En effet, une sonde introduite pour la première fois dans la vessie d'un de ces malades, n'ayant pas encore suivi de traitement, donnait issue à une énorme quantité d'urine projetée en jet à une distance variable, mais toujours de quelques pouces. Pourquoi cette projection, cette vessie remplie outre mesure, jointe à cette incontinence ? C'est qu'il y a un obstacle qui s'oppose à la sortie de l'urine, qui ne s'échappe plus que goutte à goutte, il y a, que le malade urine, comme on dit, par regorgement : expression peu claire selon nous, qui établit, je le

(1) M. Beau appelle ainsi l'insensibilité spéciale à la douleur.

suppose, une comparaison avec la régurgitation de l'estomac.

Les variations de la paraplégie sont ici au moins aussi remarquables qu'à la suite de la néphrite aiguë. L'inflammation chronique des reins s'améliore-t-elle, la paralysie diminue. Quelques semaines de traitement ont suffi pour remettre sur pied des malades qu'une imprudence, une incurie ignorante ou paresseuse a replongés peu de temps après dans le même état ; de nouveaux soins donnés à ces malades, les jambes ne tardaient pas à reprendre leur rôle. Cette influence inexplicable, mais bien remarquable, des reins sur la paralysie, peut n'être que passagère, quand même les altérations des reins n'auraient pas cessé de faire des progrès. Dans l'exemple du nº 14, la paraplégie se déclara au début de l'affection rénale et ne dura que quelques mois.

Les symptômes *de la paraplégie qui reconnaît uniquement pour cause les pertes séminales* seront indiqués très-brièvement.

J'ai précédemment insisté, et à plusieurs reprises, pour montrer que dans les quatre cinquièmes des exemples, les pertes séminales volontaires ou involontaires étaient suivies de catarrhe vésical ou de tuméfaction de la prostate, causes déterminantes de la néphrite qui produit la paraplégie.

Les cas de ce genre sont caractérisés par les signes distinctifs que je viens de tracer, nous n'y reviendrons pas, car la perte n'est pas ici cause de la paraplégie, mais cause secondaire de la néphrite.

L'écoulement de la semence qui se manifeste sans plaisir dans le sommeil ou pendant la miction et la défécation, est plutôt un symptôme d'engorgement ou d'inflammation de la prostate qu'une cause, et cela suffit pour expliquer le peu de temps que met à paraître la rétention ou le catarrhe, puis la paralysie. Les troubles des voies urinaires succèdent moins fréquemment à la masturbation et aux pertes avec excitation volontaire.

Je répéterai ici une opinion que j'ai émise au début en examinant les observations de Lallemand, c'est que la myélite

finit par succéder à l'ébranlement fréquent du système nerveux causé par l'excitation excessive des organes sexuels : cette paraplégie n'appartient donc à notre sujet qu'à son début.

Il ne s'agit que des cas fort rares où la paraplégie devra sa raison d'être seulement aux pertes séminales, dégagées de troubles appréciables des voies urinaires.

J'avoue que je n'en ai pas rencontré de semblables, si l'on tient compte d'un léger catarrhe vésical ; le nº 39 est le seul malade qui n'ait pas eu de néphrite ; encore son urine était-elle devenue muqueuse. Chez ces malades *la motilité* est gravement altérée, la faiblesse qui débute ne tarde pas à céder le pas à une impuissance complète. M. le professeur Mott a remarqué que les muscles extenseurs l'emportent sur les fléchisseurs et que la pointe du pied est relevée.

La sensibilité est souvent éteinte, quelquefois elle est exaltée jusqu'à la névralgie, ce qui est tout à fait exceptionnel dans la paraplégie, suite de néphrite.

Le trajet des nerfs sciatiques est douloureux, les membres pelviens, dont l'amaigrissement est notable, sont chez quelques malades le siége de contractures, la peau est décolorée, la température abaissée.

La douleur du rachis, à peu près constante, est accompagnée de fatigue douloureuse dans les reins, le tronc tend à se plier : à ces symptômes viennent se joindre la perte de la mémoire, la paresse de l'intelligence et les troubles digestifs, etc.

Diagnostic.

Il est d'autant plus nécessaire de bien distinguer la paraplégie symptomatique de la myélite d'avec celle qui dépend de la lésion des organes génito-urinaires, que cette paralysie est aussi accompagnée de changements dans la quantité et la qualité des urines. Ainsi que je l'ai dit en expliquant la raison physiologique de ce phénomène, j'y ai montré les différentes manières dont les urines sont influencées par les lésions de la

moelle. Si je n'établis clairement cette différence, on aurait peut-être la pensée de me faire l'objection que me fit un jour mon ami, M. Paul Broca, que sans doute je me trompais de titre, et que j'avais probablement l'intention de parler de l'influence de la paraplégie sur les affections des voies urinaires.

La paraplégie urinaire est toujours précédée de maladie appréciable, aiguë ou chronique, des voies urinaires, ce que démontrent les observations que j'apporte à l'appui.

Rien de semblable n'annonce la myélite et la paralysie qui la suit de près. Le plus grand nombre des malades chez lesquels on a constaté l'existence d'un ramollissement spinal, offraient déjà antérieurement une ou plusieurs lésions du système nerveux, telles que, inflammation chronique de l'encéphale, épilepsie, foyers hémorrhagiques dans les lobes cérébraux, etc.

La myélite marque son invasion par de l'engourdissement et des fourmillements surtout dans les orteils, des crampes dans les membres inférieurs qui sont souvent le siége de secousses convulsives, de contractures et de douleurs vives dans la direction du nerf sciatique; les mouvements sont difficiles, incertains, souvent totalement impossibles. Plus tard surviennent un état fébrile intense, de la soif, souvent des vomissements bilieux, de la diarrhée, des coliques, des tiraillements quelquefois intolérables dans le ventre. Les ulcères et les escharres aux trochanters et au sacrum sont les avant-coureurs de la mort.

J'ai au début de ce travail tracé brièvement l'histoire de l'affection aiguë et chronique que l'on est convenu d'appeler myélite.

Il faut l'avouer, la paraplégie urinaire peut être aussi précédée par des fourmillements, des crampes, des secousses convulsives; ce début s'observe surtout quand la néphrite aiguë est la cause première : le plus souvent la faiblesse des membres vient graduellement, et augmente jusqu'à mériter le nom de paralysie.

Quand il y a ramollissement de la moelle, il se borne rarement à la région par laquelle il a débuté, il s'étend et envahit les portions saines de la substance nerveuse située au-dessus et au-dessous : il en résulte une série de réactions sur les différentes fonctions auxquelles président les nerfs partant de ces différents points.

La paraplégie urinaire ne s'étend pas au delà des membres inférieurs, elle diminue ou elle augmente seulement d'intensité selon l'état des reins ; j'ai surtout insisté, en étudiant les symptômes, sur les alternatives très-remarquables d'amélioration et d'aggravation en rapport avec les variations de l'affection primitive.

Dans la myélite, il y a paralysie de vessie, alors cet organe ne pouvant vaincre la résistance des muscles du col, se laisse distendre par le liquide, et si les muscles du col lui-même sont aussi paralysés, il y a incontinence d'urine.

La paralysie produite par les affections urinaires n'est qu'exceptionnellement compliquée de paralysie du rectum ; il n'y a évacuation involontaire des matières fécales, liquides et rétentions des matières solides, que dans les cas de néphrite aiguë grave, comme cela est arrivé chez deux des malades de M. Stanley.

De plus la vessie a conservé son ressort, c'est-à-dire que si un malade urine avec ou sans sonde, il y aura projection du liquide.

Dans la *myélite*, il se manifeste *un point très-douloureux*, *fixe*, *constant*, dans un endroit déterminé, cette douleur fixe, constante, que la pression augmente, est appréciable sans cette circonstance. La douleur peut s'étendre dans une direction transversale, et semble siéger dans les branches des nerfs intercostaux.

Il a bien existé, chez quelques-uns des malades qui nous occupent dans ce chapitre, de la douleur dans le dos : mais elle n'est pas circonscrite ; elle s'étend, change de place, et n'a pas l'intensité de la rachialgie caractéristique de la myélite.

La pression ne l'exaspère pas non plus que le contact d'un corps chaud. Chez plus de quinze des malades dont l'histoire précède, j'ai moi-même vainement cherché un point douloureux, à l'aide d'une éponge imbibée d'eau chaude que j'ai promenée sur le rachis.

L'état de LA SENSIBILITÉ vient encore différencier ces deux affections.

Dans la *myélite*, le sentiment du contact, et la sensibilité à la douleur sont amoindris ou éteints, mais également dans tout un membre ou dans les deux, selon que le ramollissement occupe les deux cordons postérieurs de la moelle ou un seul d'entre eux; et si, dans la myélite, il y a *hypéresthésie*, c'est que l'inflammation s'est portée jusqu'aux méninges; c'est alors un phénomène de courte durée, escorté de tous les symptômes d'une affection aiguë grave.

Dans la *paraplégie rénale, la sensibilité est restée naturelle* dans plus de la moitié des exemples. Mais quand elle est modifiée, elle l'est d'une façon presque aussi bizarre que dans les affections purement nerveuses, l'hystérie, par exemple.

Le *tact* peut être conservé et le sentiment de la douleur presque anéanti.

L'insensibilité peut se borner à une région quelconque à côté de laquelle les sensations sont perçues naturellement. Il est exceptionnel d'observer l'hypéresthésie, cependant je l'ai rencontrée sur un point d'un membre insensible dans d'autres régions.

Une autre différence qui vient heureusement guider le diagnostic, que la ressemblance des symptômes pourrait égarer, c'est le mode de terminaison si dissemblable, la mort presque inévitable dans la myélite; ici la guérison dans les trois quarts des exemples. Un autre moyen de diagnostic, c'est l'influence du traitement qui, dans la myélite, peut à peine retarder le dénoûment fatal, et qui, dans cette forme de paralysie, ramène promptement la santé.

Ici les autopsies ne révèlent aucune altération de la moelle

ni de ses enveloppes ; là, au contraire, cet organe est le siége de lésions évidentes.

Un dernier caractère distinctif qui mérite d'être signalé, c'est que la nutrition continue à se faire dans les membres paralysés ; jamais l'amaigrissement n'est porté jusqu'à l'atrophie, comme on l'observe lorsqu'il y a lésion de la moelle.

La peau ne sera pas aussi décolorée, aussi sèche ; l'exfoliation épidermique aussi marquée ; la température des membres paralysés aussi basse que dans la myélite.

M. Henri Hunt, de Darmouth, dans les cas qui se sont présentés à lui, a remarqué : 1° que les symptômes ressemblent à ceux de la première période de l'inflammation des vertèbres, tels que, engourdissement, crampes, impuissance de la volonté pour diriger les mouvements des jambes ; 2° que le malade éprouve la sensation de fils métalliques ou de cordes qui seraient serrées autour des membres en différentes directions ; 3° qu'au début de l'inflammation des reins, l'urine ne présente aucune altération sous le rapport de la quantité et de la qualité, ce qui éloigne toute idée de maladie de ces organes jusqu'à ce qu'il s'y mêle du pus : je ferai observer que M. Hunt omet les caractères intermittents d'alcalinité et d'acidité de l'urine qui précèdent la présence du pus.

Diagnostic d'avec la paraplégie occasionnée par les pertes séminales.

L'analyse des observations extraites de l'ouvrage de M. Lallemand, nous montre une liaison intime entre les affections des organes urinaires, de la prostate en particulier, et celles des organes de la génération.

J'ai donné la relation de quatre exemples de paraplégie ayant débuté à la suite de pertes séminales volontaires ou involontaires.

Il est facile de voir que chez ces individus (observ. 32, 39, 40 et 41), l'urine a été trouble et a déposé du mucus, chez l'un en petite quantité, et chez l'autre abondamment, et cela avant l'affaiblissement des membres inférieurs.

Nous voyons M. Robert, joindre à leur traitement tonique, local et général, la prescription des balsamiques, tels que la térébenthine, le copahu, le bourgeon de sapin, etc. M. Robert n'a donc pas dirigé son attention seulement sur l'écoulement involontaire du sperme en le combattant par la cautérisation, le cathétérisme, les applications froides, les bains sulfureux, les martiaux, etc., mais il a agi sur la sécrétion de l'urine dont la nature était altérée.

M. Lallemand lui-même, à mesure qu'il avançait dans son travail, a reconnu cette liaison des deux ordres de maladies, qui se confondent parfois de telle sorte, qu'il est difficile de reconnaître la part de chacun.

« Il est rare, dit M. Lallemand (*Pertes séminales*, t. I, p. 28), que les pollutions diurnes *ne soient pas compliquées de catarrhe chronique* ou d'irritation de la vessie ; c'est même ce qui rend souvent le diagnostic difficile, non-seulement à cause des symptômes propres au catarrhe, mais encore à cause des mucosités sécrétées par la prostate et la vessie. C'est pourquoi, quand je vois des urines troubles, je dirige toujours mes questions du côté des pollutions diurnes, bien que je ne confonde pas ces mucosités avec le sperme. »

Dans la seconde partie de son travail, à la page 341, M. Lallemand s'exprime comme il suit :

« Je ne reviendrai pas sur la coïncidence fréquente des deux maladies, mais je saisirai cette occasion pour faire remarquer combien le catarrhe chronique de la vessie jette d'obscurité sur l'un des principaux symptômes des pertes séminales involontaires. Certes, je n'ai point regardé comme de la semence le dépôt de matière éparse, souvent mêlée de glaires, etc., qui se formait dans les urines à mesure qu'elles se refroidissaient; je sais fort bien que ces matières sont fournies par la membrane muqueuse de la vessie et par les follicules prostatiques; que le sperme ne présente pas ces caractères quand il existe seul dans les urines; mais c'est sur l'ensemble des symptômes et non sur un seul qu'il faut juger une maladie, et les cas obscurs

doivent être élucidés par ceux dans lesquels les mêmes phénomènes sont évidents.

« Ceci a plus d'importance qu'on ne pourrait le croire, à cause de la fréquente coïncidence des affections de la vessie avec les pollutions diurnes. Le sperme existe très-rarement seul dans les urines ; il s'en faut de beaucoup qu'il conserve alors les caractères qu'on lui connaît dans l'état de santé parfaite. Il ne faut donc pas croire qu'il soit souvent facile de constater sa présence à l'aide de réactifs chimiques ou de recherches microscopiques. Il ne faut pas s'imaginer non plus que ces caractères soient indispensables au diagnostic de la spermatorrhée. Ces illusions ne peuvent entrer que dans l'esprit de ceux qui n'ont pas observé des cas graves et compliqués.

« Je désire évidemment qu'on découvre un réactif assez délicat pour déceler la présence des moindres atomes de sperme dans les urines les plus chargées des autres matériaux ; je fais des vœux pour que les observations microscopiques deviennent assez faciles, assez sûres pour permettre de reconnaître les débris d'animalcules spermatiques au milieu du pus, du mucus vésical et des glaires prostatiques ; mais en attendant, faut-il nier la maladie? Faut-il s'abstenir de la combattre par les moyens dont l'expérience démontre l'efficacité ? Je voudrais que tous les cas de spermatorrhée fussent parfaitement simples et toujours faciles à constater ; *mais si la prostate, la vessie et même les reins participent souvent à l'affection des organes spermatiques*, si cette coïncidence est le résultat des connexions anatomiques et physiologiques qui existent entre ces parties, il faut bien s'y résigner. »

Peut-être que si M. Lallemand ne fait pas de cas du microscope pour distinguer les pertes séminales des écoulements prostatiques, et pour découvrir la présence du sperme dans l'urine, c'est que cet instrument n'avait pas acquis alors toute la perfection qu'il a de nos jours, où des grossissements de 3 à 400 diamètres ne sont plus rares. Un bon microscope montre

toujours des zoospermes quand il y en a, pourvu que les liquides dans lesquels ils nagent ne soient pas altérés et décomposés : aussi, depuis que l'usage de cet instrument perfectionné est devenu plus général, a-t-on reconnu que bon nombre de malades supposés atteints de pertes séminales, avaient en réalité des prostatites et des catarrhes de vessie.

Le microscope, dans les urines des deux malades (observ. 39 et 40), n'a pas révélé la présence d'animalcules, en admettant qu'il y en ait eu, et qu'ils aient échappé à l'investigation. Les pertes assez fréquentes qui, depuis leur entrée à l'hôpital, avaient persisté après la défécation et quelquefois après l'émission des urines, étaient assez significatives pour que l'examen microscopique des urines n'augmentât en rien la certitude du diagnostic, il s'y joignait seulement une altération dans la nature de la sécrétion urinaire. Que devient donc alors l'importance de ces pertes séminales qui, chez quelques-uns des malades de M. Lallemand, ne sont que supposables, puisque, pour assurer le diagnostic, il faut chercher les traces de la semence dans les urines, dont l'aspect seul fait pressentir de graves lésions, soit dans les reins, soit dans la vessie, soit au col?

Dans ces dépôts urineux et ces écoulements prostatiques, on a cru découvrir des zoospermes incomplets, plus petits et sans queues; mais mon père, dans un mémoire présenté à l'Académie des sciences, le 28 janvier 1839 (Voyez *Comptes rendus*, t. VIII, p. 134), essaie de démontrer que ces corpuscules brillants, doués de mouvements qui semblent spontanés, dans lesquels on croit voir des zoospermes incomplets, proviennent de la prostate, et qu'on les voit au microscope dans l'urine fraîchement expulsée des personnes affectées de prostatite, alors même que ces urines ne se troublent pas par le refroidissement. Il a soutenu cette opinion que le rôle de la prostate ne devait pas être seulement de sécréter un liquide lubréfiant l'urèthre pour favoriser le passage du sperme ; que cette glande doit avoir sa part dans l'acte de la

génération. Les désordres généraux et l'*impuissance* que produisent les altérations de la prostate et les écoulements prostatiques presque à l'égal des pertes séminales elles-mêmes, semblent corroborer cette supposition.

Le microscope me semble donc un moyen suffisant pour distinguer les pertes séminales des dépôts muqueux de l'urine et des écoulements prostatiques; mais, au surplus, la confusion serait sans conséquence; puisque dans l'un et l'autre cas les moyens curatifs sont les mêmes.

Pronostic.

Le pronostic que l'on doit porter sur cette paraplégie n'est pas sans gravité. Elle n'est pas à beaucoup près aussi exempte de danger que la paralysie hystérique, comme nous le verrons plus loin.

Commençons par dire que la paraplégie par elle-même, n'a aucune gravité; elle la tient tout entière de la maladie qu'elle est venue compliquer.

Si la néphrite aiguë est la cause première, le pronostic sera grave; en effet c'est à la suite de cette phlegmasie que la mort a enlevé les deux tiers des quinze malades qui ont succombé.

Si la néphrite est lente et de forme chronique, les chances de succès sont, comme on l'a vu, beaucoup plus nombreuses, et la guérison de la paraplégie marchera aussi vite que celle des voies urinaires, qu'un traitement bien dirigé peut promptement améliorer, surtout si les troubles fonctionnels de la vessie ne datent pas de loin. Mais si les soins nécessaires et appropriés à l'état du malade ne sont donnés que tardivement, les reins désorganisés dans leur texture ne seront plus aptes à remplir le rôle qui leur est confié, la mort arrivera quand même.

La gravité de la paralysie produite par les pertes séminales dégagées d'altération des voies urinaires, est plus sérieuse pour peu qu'elle date de quelques mois; les troubles nerveux

sont plus accentués, la nutrition est plus atteinte; les pertes, devenues sécrétion d'une habitude morbide, sont difficiles à arrêter, ou l'onanisme difficile à combattre; et la moelle fatiguée à la longue de secousses aussi répétées et d'une dépense aussi grande de fluide nerveux, finit par s'enflammer et faire, d'une paraplégie d'abord essentielle, une paralysie symptomatique dont la mort est la terminaison inévitable.

Traitement.

Il est urgent, dans les paraplégies produites par les altérations des voies génito-urinaires, de diriger d'abord son attention et le traitement vers l'affection qui a été le point de départ, et secondairement vers la paraplégie qui disparaîtra visiblement avec elle. Afin de ne pas commettre l'erreur d'agir sur l'effet, au lieu de s'en prendre à la cause, on s'appuiera sur le diagnostic, sur l'observation précise de la marche du mal, et surtout on s'assurera de la préexistence du dérangement des fonctions urinaires relativement aux symptômes de paralysie. Nous allons passer en revue les principaux moyens auxquels on doit recourir, et qui varieront selon l'organe lésé, selon la cause de la maladie. Cependant nous n'insisterons pas sur les détails qui se trouvent longuement dans les traités spéciaux des affections des organes urinaires.

Il peut se faire que la faiblesse, si elle a été de longue durée, persiste après la guérison de la cause première, la néphrite. Dans ce cas, les eaux minérales sulfureuses, soit en douches, soit en bains, seront d'un grand secours.

Les premières observations de ce genre de paraplégie ont été faites par MM. Stanley et Rayer, chez des individus affectés de néphrite : ce sont ces faits-là qui ouvrent la marche de ce chapitre, aussi je commencerai par m'occuper du traitement que réclame la néphrite.

La *néphrite* étant donc considérée comme le point de départ de la paralysie, on devra la combattre avec énergie et

perdre de vue complétement le phénomène nerveux, dont l'importance s'efface en présence des symptômes alarmants qui caractérisent l'inflammation des reins. Elle peut revêtir diverses formes, plus ou moins reconnaissables ; occupons-nous d'abord de celle dont la physionomie est assez accentuée pour rendre l'erreur difficile. Si elle s'est armée d'un appareil fébrile intense, comme on l'a observé aux numéros 10, 18, 19, 21 ; qu'un frisson bien marqué l'ait précédée (numéros 20, 25) ; que le pouls batte de 100 à 120, qu'il y ait de la soif, de la douleur dans la région lombaire, que la pression vient augmenter (25), et qu'il y ait joint à cela de l'hématurie (18, 21) ou de la dysurie (10, 19) ; c'est à un traitement antiphlogistique très-énergique, qu'il faut avoir recours tout d'abord.

On pratiquera des saignées locales et générales que l'on ne craindra pas de répéter plusieurs fois, jusqu'à ce que la fièvre soit tombée d'une manière sensible. Les vésicatoires aux lombes seront aussi employés ; les bains entiers, les cataplasmes, les lavements, les boissons mucilagineuses seront aussi d'un grand secours. Tels sont les moyens usités en pareil cas, tels sont ceux qui ont été mis en usage pour les malades que nous citons comme exemple.

On a fait au malade de l'observ. 10, trois saignées générales, on lui a mis trois fois des ventouses scarifiées, et quatre vésicatoires aux lombes. Au numéro 17, on a prescrit des sangsues et des bains. Le numéro 19 a eu des sangsues et des ventouses. Le numéro 21 a été saigné deux fois, on lui a mis des sangsues à la région lombaire ; lavements, purgatifs, cataplasmes, boissons mucilagineuses. Le 25 a été saigné ; sangsues au côté. Seul d'entre eux cinq, le numéro 10 est mort.

Ici vient naturellement se placer une considération très-importante. Il est bien rare que la néphrite débute sans cause déterminée ; c'est vers cette cause, cette raison d'être, que l'attention doit se diriger, afin d'agir contre elle aussitôt, en même temps qu'on appelle à son secours le traitement anti-

phlogistique. Chez les uns, la néphrite surgit à la suite de bougies ou de sondes introduites d'une façon réitérée ou laissées à demeure ; les nos 17, 20, en sont des exemples ; dans ce cas, si le malade peut uriner sans leur secours, il faut l'en débarrasser le plus promptement possible. Chez les autres, c'est à la suite d'une rétention d'urine complète, il faudra avant tout donner chez ceux-ci issue au liquide.

Ces premiers accidents conjurés, au bout de quelque temps, lorsque leur retour ne sera plus à craindre, on ordonnera quelques boissons légèrement diurétiques d'abord (no 19), puis un peu plus excitantes, des bains sulfureux, des frictions sur toute la région lombaire.

Il est une autre forme de la néphrite aiguë, beaucoup moins bruyante dans sa marche, beaucoup plus bénigne en apparence, qui parcourt ses périodes sous un masque trompeur; quelquefois même elle existe déjà sans que rien ait annoncé son approche ; celle-là est la plus fâcheuse. M. Rayer lui-même, qui s'est plus particulièrement que tout autre occupé des maladies des reins, a vu la néphrite aiguë désorganiser un seul rein et quelquefois même les deux, sans qu'un pareil travail soit trahi par un symptôme franchement indicateur. Dans ce cas, le malade éprouve un dégoût prononcé pour toute espèce d'aliments ; il est abattu, dans un état de prostration qui ne ressemble pas à celui qui produit le typhus, en ce qu'il y a plus de calme ; que la figure est meilleure, la langue est rouge, sèche ; le pouls est petit, d'une fréquence presque normale ; avec cela point de douleur lombaire, la pression n'en réveille point ; les urines sont rares, mais point d'hématurie. Il faut dans ce cas donner promptement le *sulfate de quinine*, les toniques en général, nourrir un peu le malade et le baigner. *Proscrire* toute émission sanguine.

Quant à la *pyélo-néphrite* qui vient à la suite d'une stase habituelle dans le bassinet et les calices d'une certaine quantité d'urine, elle est produite, comme nous l'avons déjà dit plus haut, par une demi-réplétion de la vessie qui empêche

le liquide de descendre; dans ce cas, il faut porter ses soins ailleurs qu'aux reins, il faut vider souvent et laver le réservoir vésical; et si les reins ne sont pas trop malades, cessant d'être soumis à cette cause irritante, ils ne tarderont pas à remplir leurs fonctions d'une manière normale. Cette dernière réplétion est le plus souvent causée par un obstacle situé au col, tel qu'un gonflement de la prostate, et plus rarement par des rétrécissements qui sont plus communs, il est vrai, mais plus souvent traités.

Lorsque cet obstacle, opposé à l'écoulement de l'urine, passe inaperçu, ou bien que l'art a été impuissant, le malade meurt avec des désordres toujours graves dans les reins.

Comme nous venons de le dire, en cas d'obstacle au col, il faudra évacuer souvent, au moins trois fois dans les 24 heures, l'urine au moyen du cathétérisme, laver la vessie avec des injections d'abord émollientes, tièdes, pour entraîner l'urine ammoniacale qui séjourne dans le bas-fond de l'organe, et qui entretient le catarrhe et l'inflammation chronique de la muqueuse, lesquels avec le temps se portent jusqu'aux reins.

Si les reins ont été longtemps baignés par l'urine purulente, il se manifeste quelques symptômes d'infection lente avec dégoût pour les aliments, prostration des forces, accès fébriles, alors la guérison devient très-problématique, et le seul traitement rationnel, l'évacuation totale du liquide pratiquée avec la sonde, peut être suivie, comme je l'ai observé deux fois, d'une accélération dans la marche de la résorption et d'une mort prochaine. Dans ce cas, la mort qui a été avancée de quelques semaines, est-elle due au changement de l'état habituel dans lequel se trouvaient les reins, et à cette vacuité subite qui facilite la résorption? Quelle qu'en soit la raison, en pareille circonstance, on donnera dans l'intervalle de ces accès, les préparations de quinine à haute dose (observ. 17); en même temps on prescrira avec succès l'administration des balsamiques et des résineux; la térébenthine en pilules ou dans un julep gommeux, 15 gouttes; le copahu, l'eau de goudron sucrée

avec du sirop de Tolu, de la tisane de bourgeons de sapin, etc.

Les lavages réitérés de la vessie et l'usage des tisanes émollientes ou résineuses, suffisent le plus souvent pour amener au bout d'un temps variable (trois semaines, un mois), un changement complet dans la nature des urines, et les rendre acides, d'alcalines, d'ammoniacales qu'elles étaient; en pareille occasion, les acides minéraux produiront des changements avantageux, et souvent les eaux de Coutrexeville agiront plus puissamment. Le fait existe, quoique inexplicable. Quelques bains sulfureux ou aromatiques, des bains de calorique, avec des fumigations aromatiques ou sulfureuses, des douches de vapeur, des frictions sur les lombes et les membres inférieurs avec certains liniments excitants, entre autres, l'huile de croton mêlée à l'huile d'amandes douces, de la flanelle sur la peau viendront encore travailler au rétablissement des forces de l'organisme.

Après un laps de temps variable, on rendra les injections émollientes d'abord, peu à peu médicamenteuses, et pour cela on aura recours aux acides minéraux ; aux résineux et aux balsamiques déjà prescrits à l'intérieur. Plusieurs des malades cités ont été soumis à ce traitement. Enfin si le catarrhe vésical persistait, on terminerait par l'essai de la cautérisation pratiquée à l'intérieur de la vessie et sur le col, avec un porte-caustique armé de nitrate d'argent. Cette cautérisation mérite d'être placée au premier rang des moyens curatifs, elle a été suivie de succès (observ. 23). Après avoir fait tout d'abord ce qu'il fallait pour rendre à l'urine ses qualités normales, le médecin doit tourner les yeux vers l'obstacle apporté à son libre écoulement. S'il est occasionné par le gonflement de la prostate, il faut diriger sur elle des soins qui peuvent la ramener à un volume naturel.

On mettra en usage les injections intra-uréthrales avec la sonde à double courant, de M. le professeur J. Cloquet, modifiée comme je vais le dire : un œil est situé à la hauteur du col (celui qui amène le liquide), et un autre à l'extrémité

qui doit la reprendre dans la vessie et la ramener au dehors. On adapte à l'ouverture de cette sonde par laquelle on veut qu'arrive le liquide, un irrigateur siphon à robinet, qui prendra ce liquide dans un vase ou seau (de la contenance d'environ dix litres), placé sur un meuble élevé, ou sur une chaise mise sur une table, afin d'établir une grande différence de niveau entre le réservoir et la vessie du malade, il s'établira un courant plus ou moins fort selon l'ouverture du robinet, et pouvant durer une heure ou deux de suite. On pourra, selon le cas, donner au liquide les mêmes propriétés médicamenteuses qu'aux injections dont il est question dans les lignes précédentes. Cette opération répétée souvent, amène quelquefois une diminution très-sensible dans le volume de la prostate tuméfiée.

On obtiendra aussi de bons effets de la dépression, on l'exercera au moyen d'un suppositoire en buis ou en ébène que l'on introduit dans le rectum, et d'une sonde courbe qui se redresse avec un ressort, une fois qu'elle est introduite ; en outre, son pavillon est remplacé par une plaque qui vient se fixer au manche du suppositoire ; de sorte que ces deux instruments font corps. Ainsi serrée entre ces deux objets durs, la prostate peut être quelquefois ramenée à un état de résolution assez notable, soit qu'il y ait ramollissement et exsudation du tissu, ou ulcération, ou mortification d'une petite couche produite par la compression, ce qui agirait en quelque sorte comme la cautérisation.

L'iodure de potassium, dont l'action fondante sur les glandes est manifeste, viendra en aide aux moyens précédents. On le donnera à l'intérieur en potion à la dose de 4 grammes, avec iode, 15 centigrammes pour 300 grammes d'eau, et on fera sur le périnée des frictions avec 4 grammes d'iodure pour 30 grammes d'axonge.

On pourra tenter l'effet de l'électricité, appliquée au moyen d'un cathéter courbe en métal caché par une sonde en gomme, dont l'œil large sera placé en bas sur la convexité pour mettre

en contact direct le métal et le bourrelet prostatique (1); le pavillon du cathéter sera remplacé par un crochet pour attacher un des fils conducteurs, l'autre fil allant se porter sur le manche d'une plaque de cuivre que l'on applique sur la cuisse ou le périnée. Le courant se fait ainsi à travers le tissu de la prostate dont la surface subit une sorte de cautérisation.

Enfin on aura recours aux incisions profondes pratiquées sur le col avec différents instruments faits dans ce but dont je ne dois pas donner ici la description. Aussitôt l'incision faite, on introduit dans la vessie une sonde aussi grosse que le comporte l'état du canal, afin d'empêcher que dans la cicatrisation, les bords de la plaie ne se rapprochent. Cette opération est généralement suivie d'une hémorrhagie; chez Brisemoutier (observ. 26), elle a même été abondante, il a fallu employer l'aspiration des caillots avec une seringue adaptée à la sonde. Mon père a fait un grand nombre de fois cette opération; j'ai vu, chez quelques malades, l'hémorrhagie prendre des proportions inquiétantes, sans que cependant elle ait jamais été suivie de mort. Il faut dans ce cas avoir recours à plusieurs moyens qui, réunis, finissent toujours par triompher de l'accident. Si la sonde de gomme placée à demeure est bouchée par les caillots, on introduira à sa place une sonde en argent de gros calibre, et après avoir aspiré avec une seringue les caillots contenus dans la vessie, on injectera de l'eau froide, à laquelle on mêlera, si elle ne suffit pas (quelques gouttes d'eau de Rabel), pour la rendre acidulée, ou de l'eau de Pagliari, mais de cette dernière presque en proportion

(1) M. Michon, depuis plusieurs années, emploie l'électricité contre l'inertie et la paralysie de vessie avec catarrhe, compliquée ou non d'obstacle au col (voir les *Mémoires de la Société de chirurgie*, 1850). Il se sert pour cela d'une sonde d'homme en métal introduite *à nu* dans l'urèthre, et dont l'extrémité est en contact avec la paroi de la vessie vidée au préalable; une sonde de femme aussi en métal, est introduite à nu dans le rectum et appuyée sur la paroi recto-vésicale : les fils sont passés dans un des anneaux de chacune des sondes, et le courant de cette manière s'établit forcément au travers des parois de la vessie. Dans plusieurs exemples la guérison est venue promptement et cette petite opération n'a été douloureuse dans aucun cas.

égale de l'eau : on abaissera le pavillon de la sonde pour établir une compression sur le col, des lavements froids seront donnés à de rares intervalles. On peut les remplacer par une baudruche liée sur une sonde introduite dans le rectum, elle se gonflera si l'on injecte de l'eau froide par la sonde, et établira une compression directe. L'alimentation, la position horizontale, les applications froides sur l'hypogastre, tandis que le reste du corps est chaudement couvert, compléteront le traitement; jamais je n'ai été forcé d'appliquer les ligatures aux membres, encore moins la compression aortique. Il faut quelquefois revenir à cette incision, comme chez cet homme qui maintenant urine sans le secours de la sonde.

Chez M. le comte D. D. (observ. 37), MM. Rayer et Magendie, etc., avaient décidé que cette incision serait pratiquée, lorsqu'un abcès qui s'est trois fois renouvelé, a livré un passage naturel à l'urine.

J'ai observé plusieurs malades affectés de pertes séminales abondantes, venant se joindre à un catarrhe de vessie causé par des rétrécissements chez l'un, et par une prostate volumineuse (observ. 40) chez l'autre, seule chose dont on puisse s'assurer chez le vivant; chez le troisième (observ. 13), dont l'autopsie a été faite, la vessie, les uretères, les calices et les bassinets étaient remplis de pus, le tissu des reins était injecté.

Sans perdre de vue les autres complications, on réprimera les pertes séminales par des lavements et des applications froides, quelques cautérisations faites sur le col avec le nitrate d'argent, aideront beaucoup à les faire disparaître.

Dans quelques cas de gonflement de la prostate, il est quelquefois extrêmement difficile d'arriver dans la vessie avec une sonde droite ou courbe, avec ou sans mandrin; en pareille occasion, avant de forcer le passage avec la sonde conique, il sera très-souvent utile de se servir de sondes, dont la forme est due à mon père, et qui nous a rendu de grands services. Ce sont des sondes droites coudées brusquement dans le der-

nier centimètre et demi de leur longueur, par un angle de 130 à 140 degrés; elles peuvent être de toutes les dimensions.

Si l'obstacle est un simple rétrécissement situé dans l'urèthre, on le traitera comme il doit l'être d'après sa nature et sa situation.

La dilatation sera tentée tout d'abord, comme étant la seule méthode qui ne soit pas essentiellement accompagnée de dangers; si elle ne guérit pas tous les rétrécissements, du moins elle ne les aggrave pas.

Il y a trois manières de la faire : la dilatation permanente lente; la dilatation permanente brusque; et la dilatation temporaire progressive.

Dans les trois modes d'application, on est souvent obligé de commencer cette dilatation par les bougies capillaires tortillées, mises en usage par mon père, et si avantageuses pour retrouver le passage, quand il est excentrique.

La cautérisation sera employée pour guérir certains rétrécissements contre lesquels la dilatation sera restée inefficace.

Il y a même trois manières de la faire : directement, latéralement, et d'avant en arrière. La cautérisation directe ou d'avant en arrière, convient aux obstacles organiques infranchissables pour les sondes et les bougies.

La cautérisation rétrograde et latérale convient aux rétrécissements multiples rebelles à la dilatation.

La cautérisation ne convient en général pas aux rétrécissements situés dans la portion spongieuse de l'urèthre, elle les exaspère, les rend fibreux, turgescents, calleux, inguérissables. Pratiquée méthodiquement dans la région membraneuse, elle amène la résolution et la destruction des tissus indurés.

La déchirure guérit promptement les rétrécissements valvulaires. Un petit brise-pierre ou un dilatateur mécanique peut servir.

La scarification favorise la résolution ou du moins l'élargissement des rétrécissements fibreux que n'avait pu effacer

la dilatation ; elle doit alors être répétée un certain nombre de fois (nº 25), elle est seule applicable aux rétrécissements de l'orifice externe (méat urinaire).

La résection est plus rarement employée, elle rend de grands services dans les cas de rétrécissements fibreux qui referment le passage dès que cesse la dilatation.

Il peut arriver que la rétention d'urine soit un jour complète et que le cathétérisme soit impossible. Pour éviter la rupture de la vessie, si l'obstacle est situé à la portion spongieuse, on fera l'opération de la boutonnière, incision pratiquée en arrière de l'obstacle, et si l'obstacle invincible se trouve situé profondément dans la région membraneuse, on tentera un dernier effort, la *ponction de la vessie*.

Il y a trois manières de ponctionner la vessie : 1° par l'hypogastre ; 2° par le périnée ; 3° par le rectum. Ce serait à la dernière que, pour ma part, je donnerais la préférence. Pour que la fistule qui en sera le résultat soit promptement fermée, il suffira d'apporter à cette opération la même modification qu'à la taille recto-vésicale, c'est-à-dire de traverser la prostate un peu au-dessous de son bord supérieur dans la base du cône, formée par l'écartement des canaux éjaculateurs ; l'épaisseur plus grande et la nature différente des tissus favorisera la réunion. Il y a un quatrième mode de pratiquer la ponction de la vessie lorsque l'obstacle situé au col est insurmontable (on la pratique quelquefois sans le savoir), en franchissant de force le col avec une sonde à dard qui traverse de part en part le tissu de la prostate pour arriver dans la vessie. Dans ce procédé, le dard retiré de la sonde qui lui sert de tube, l'urine s'écoule par l'urèthre.

Je terminerai ici les considérations relatives au traitement des voies urinaires.

DE LA PARAPLÉGIE CONSÉCUTIVE

AUX MALADIES DE L'UTÉRUS ET AUX TROUBLES FONCTIONNELS DE CET ORGANE.

Avant de considérer cette forme de paralysie chez la femme, je dirai quelques mots sur des exemples de paraplégie survenue chez des animaux.

M. Garreau, vétérinaire à Pont-Gouin (Eure-et-Loir), a observé dans l'espèce bovine de fréquents exemples de paralysie du train postérieur survenue avant et après l'accouchement ; ils sont consignés dans la *Gazette des hôpitaux*, 1848.

Il rapporte l'histoire de quatorze vaches qui ont eu le train postérieur paralysé.

Voici les conclusions qu'il est permis de tirer de la lecture de ces observations.

La paraplégie survient chez les vaches le plus souvent après la parturition, huit fois sur quatorze, depuis dix minutes jusqu'à vingt jours après avoir mis bas ; quatre fois avant le part, une fois sans que la bête eût été pleine.

Les causes ont été le plus souvent de mauvaises conditions hygiéniques, une étable humide, étroite et obscure ; quelquefois une marche forcée, plus rarement une lutte. La dernière, qui était pleine de neuf mois, fut montée et battue par une autre, on en pratiqua l'*autopsie qui ne démontra absolument rien dans la moelle*, seulement le tissu spongieux des vertèbres était rougeâtre.

Chez une d'elles, observ. 8, il y eut un renversement de l'utérus réduit deux jours après le part.

Chez plusieurs de ces animaux, la sensibilité fut exaltée, et le mouvement chez d'autres tellement perdu que, pour fuir des coups donnés à dessein pour les faire lever, le train antérieur seul fonctionnait, entraînant le postérieur sans mouvement.

Les fonctions urinaires et rectales sont restées sous l'influence de la volonté; cependant, dans l'autopsie que l'on pratiqua sur l'une d'elles, la vessie contenait quatre litres d'urine.

Le traitement employé a été antiphlogistique, saignées aux veines abdominales et caudales, purgatifs, boissons émollientes, etc.

Trois de ces animaux ont péri, deux après une marche forcée, la troisième à la suite d'une lutte ; les autres n'ont pas tardé à se rétablir sous l'influence du traitement et d'un changement d'étable.

PARAPLÉGIE CHEZ LA FEMME.

Dès 1816, l'attention s'était déjà arrêtée sur ce fait curieux : que certains troubles des fonctions de l'utérus peuvent être la cause de paralysies partielles ou générales.

Causes.

1° La paraplégie, puisque c'est elle seule qui doit fixer notre attention, se montre assez fréquemment après une suppression brusque des fonctions de cet organe, soit un arrêt subit du flux cataménial, soit, mais plus rarement, une disparition précipitée des lochies. (Quelques auteurs ont regardé ces paralysies comme étant le résultat d'une affection qu'ils nomment irritation spinale, j'en dirai bientôt davantage sur cette maladie.)

J'ai interrogé à la Salpêtrière un grand nombre de paralytiques et de paraplégiques, et beaucoup d'entre elles le sont devenues à l'époque critique ; un très-petit nombre le sont depuis l'âge pubère : il y aurait eu là paralysie congestive, curable d'abord, mais que l'absence de mouvements dans les muscles, et de stimulation de la moelle a rendues incurables par l'atrophie survenue dans ces organes ; par la propriété innervante que l'une a perdue, et la contractilité que les autres ne sont plus capables de produire.

Cette opinion, qui est aussi celle de M. Nonat, est basée sur l'observation ; ce médecin, après de longues paralysies de six

et sept ans, n'a pas trouvé de ramollissement, il n'a observé que des atrophies ; je reviendrai sur ce fait.

2° La paraplégie peut aussi reconnaître pour cause l'exagération du flux périodique et la métrorrhagie venue entre les époques. Les exemples de ce genre sont plus rares que les précédents.

3° On l'observe aussi pendant la grossesse (nos 42 et 44), et pendant l'état puerpéral, lorsqu'il se développe dans le tissu cellulaire pelvien ou péri-utérin une inflammation phlegmoneuse suivie de résolution ou de suppuration. Le fait de MM. Michon et Gosselin en est un exemple. L'engorgement considérable du corps et du col de l'utérus peuvent être aussi cause de paraplégie (no 45).

Dans la paraplégie due à ces différentes causes, la moelle n'est pas influencée de la même manière.

Ainsi dans les cas de suppression du flux périodique, il y a un état congestif, sinon de la moelle, du moins de ses enveloppes sans autre lésion, c'est une opinion généralement admise. Les trois exemples (nos 50, 52, 53), dans lesquels la guérison a suivi de près l'accident, éloignent de l'esprit toute idée de lésion grave.

J'ai mis au nombre des paraplégies hystériques, l'observation d'une jeune fille hystérique et paraplégique depuis plusieurs années ; j'ai observé chez elle, ainsi que d'autres médecins, ce phénomène remarquable : que lorsqu'une époque manquait, ou même était seulement moins prolongée que les autres, la paraplégie guérie reparaissait le lendemain de l'époque comme si elle avait eu chaque mois une congestion sanguine de la moelle; huit jours suffisaient au rétablissement de la marche. Elle est guérie définitivement.

Il est naturel d'admettre dans cette circonstance, la congestion comme cause de la paraplégie, car les autopsies montrent une injection sanguine intense des membranes, qui peut s'étendre jusqu'à la substance médullaire, mais sans changement de consistance de son tissu, et la théorie seule donne

à penser qu'un écoulement naturel de sang supprimé, il doit s'ensuivre un moment de pléthore sanguine qui réagira dans l'une ou l'autre région; si le système veineux rachidien en est le siége, les sinus seront gorgés de sang, les membranes hypérémiées, et la moelle plus ou moins comprimée; le résultat sera le même, si la congestion s'étend jusqu'à la substance nerveuse. Ollivier d'Angers rapporte des exemples de paralysie consécutive à la suppression subite des règles et d'exhalation telle que la sueur; il regarde alors la congestion comme la cause de la paraplégie.

J'ai dit (page 163) que quelques auteurs (1), et surtout les médecins anglais et américains, attribuaient *ces paraplégies congestives* à une affection qu'ils nomment irritation spinale (*spinal irritation*).

Ollivier d'Angers ne se sert de cette désignation nosologique que parce qu'elle est consacrée et brève; mais, dit-il, « elle ne précise rien. » J'ajouterai, appuyant mon opinion de celle de certains maîtres, que c'est une maladie de fantaisie, créée de toutes pièces sur les symptômes de diverses affections bien étudiées et bien décrites; l'irritation spinale, pour les uns, est le résultat d'une congestion rachidienne, et ils décrivent sous ce nom les paralysies congestives; les autres, et le professeur Graves est du nombre, la regardent comme une maladie essentielle, sans lésions, et lui donnent pour caractère les symptômes variés et les troubles nerveux remarquables de l'hystérie.

Dans les paraplégies apparues après d'abondantes métrorrhagies, l'accident nerveux peut être mis sur le compte de l'anémie; alors l'explication découle d'elle-même, le

(1) M. le docteur L'Héritier, dans son ouvrage, *Clinique médicale des paralysies*, 1854, excellent recueil d'observations, a consacré à l'irritation spinale, un chapitre où l'on trouve réunies des observations de paralysies produites, par l'hystérie, le rhumatisme, la congestion, la compression, l'anémie globulaire, les affections viscérales, etc. : on peut juger par là de l'élasticité du mot *irritation spinale*.

sang est moins abondant, moins riche en matériaux solides, le cœur a moins d'impulsion; de là une excitation presque nulle de certaines portions du système nerveux rachidien.

Cette manière de voir n'est pas générale, il en est une autre qui fait intervenir une action spéciale de l'utérus : mais quelle est cette action, comment se produit-elle? Ici nos efforts pour éclaircir le mystère, sont aussi vains que précédemment lorsqu'il s'agissait de l'action spéciale et indubitable des reins. Il n'est guère plus facile d'expliquer la paralysie qui survient dans la grossesse ou dans les cas de phlegmon ou d'engorgement. Est-ce par la compression du plexus lombaire et sacré? cela est vraisemblable, mais nous sommes encore arrêtés par ce fait du nombre immense des grossesses, et du petit nombre de paraplégies qui les compliquent, par cette particularité qu'une femme, comme celle du nº 42, peut être grosse quatre fois, et n'être paralysée que dans sa cinquième gestation. Le fœtus aurait-il eu une position qui comprime davantage, l'utérus serait-il descendu plus bas dans le petit bassin? Comment, dans l'état puerpéral, un phlegmon pelvien d'un seul côté entraîne-t-il une paraplégie? Tout cela est fort hypothétique, mais c'est un fait.

M. Stanley, dans le travail que j'ai analysé, cite M. Henri Hunt, de Darmouth, pour lui avoir communiqué une observation, et parle d'exemples que ce dernier aurait rencontrés à la suite de pertes utérines très-abondantes ; peut-être M. Hunt a-t-il fait ses communications de vive voix. Du moins, je n'ai pu me procurer ni à Londres, ni à Paris, un travail original de ce genre, imputable à ce nom.

M. Martin-Moutard, a présenté à la Société médicale des hôpitaux de Paris (1), un travail intéressant sur ce sujet, relatif *aux paraplégies causées par les hémorrhagies utérines ou rectales.*

(1) *Union médicale,* 12 octobre 1854.

M. Hérard, qui a été nommé rapporteur de cette présentation, s'est demandé quelle part il fallait accorder à l'hémorrhagie dans la production de la paraplégie.

« Est-ce comme affection utérine, est-ce comme hémorrha-
« gie abondante ayant déterminé l'anémie du sujet, et consé-
« cutivement des troubles du côté du système nerveux central
« médullaire? C'est là un point difficile à résoudre, et je reste-
« rai dans le doute, » a dit en terminant le rapporteur.

Je comprends le doute de M. Hérard, il est justement motivé par le petit nombre des faits et par leur obscurité.

Il est cependant possible de soutenir qu'il y a participation de l'utérus, dans l'apparition du phénomène nerveux. Au n° 47, je rapporte un fait qui vient à l'appui de cette manière de voir : il s'agit d'une dame, chez laquelle la paraplégie est survenue sept mois après le quatrième accouchement à terme, qui a été suivi de pesanteur et de douleur dans la région pelvienne, puis des règles métrorrhagiques se sont montrées plusieurs fois ; des cautérisations pratiquées sur le col, les ont fait promptement cesser, il n'y a pas eu anémie chez cette personne ; ce n'est certainement pas à elle qu'on attribuera la paralysie, bien remarquable par les alternatives d'amélioration et d'aggravation qui se sont fait sentir, les métrorrhagies ne s'étant pas renouvelées.

Cette personne n'a présenté aucun des phénomènes nerveux qui permettent de croire à une paraplégie hystérique qui (soit dit en passant) se rapproche beaucoup de ce genre de paralysie, et je rapporte plus loin des exemples de femmes hystériques ayant eu des affections de l'utérus.

Mais je poursuis. J'admets l'anémie, comme il est possible de le faire, chez la première malade de M. Martin, qui était au moins chlorotique ; il y avait du souffle dans les vaisseaux, de la pâleur, etc. Je ne vois pas là une raison de conclure à une relation de cause à effet, car plus une anémie serait prononcée, plus il y aurait donc chance de voir apparaître la paraplégie, et toute anémie extrême devrait l'entraîner à sa suite.

Mais ce n'est pas là ce que nous apprend l'observation, car si l'anémie seule est très-commune, compliquée de faiblesse des membres inférieurs dont on puisse l'accuser d'être la cause, elle est très-rare.

Dans la deuxième observation de M. Martin, nº 42, à propos de l'obscurité qui règne sur l'époque précise du début de la paralysie, je serai de l'avis de M. Hérard : une fièvre typhoïde succède à l'hémorrhagie utérine; une fois guérie, cette femme veut se lever, on constate une faiblesse totale des membres inférieurs qui jusque-là avait été méconnue, et les infirmières interrogées répondent que, dès son entrée, cette malade ne pouvait les aider dans les soins qu'elle réclamait. Il est possible d'admettre que la paraplégie a été causée par la fièvre typhoïde, car il est d'observation que la fièvre typhoïde peut entraîner des accidents passagers de paralysie ; on sera donc tenté de n'accueillir qu'avec une réserve extrême, un exemple où sa cause déjà douteuse se partage la probabilité avec une autre admise déjà comme possible. Je regrette d'autant plus ce doute que je suis tenté d'accorder, dans cette circonstance, à l'utérus une certaine participation.

Symptômes.

Ainsi que je l'ai fait pressentir, les différents troubles de l'utérus qui causent la paraplégie, font sensiblement varier les symptômes; leur influence est plus remarquable encore sur la durée, le traitement et la terminaison.

Afin d'éviter toute confusion, je considérerai chaque forme d'après la cause primitive.

1º *Quand la paraplégie dépendra de la suppression d'un écoulement naturel*, son apparition sera presque subite ; aussi sera-t-on tenté de croire tout d'abord à un hématorachis, ou à une hématomyélie considérable.

Presque toujours une douleur vive dans la région postérieure du tronc se fait sentir aussitôt que la paralysie, quand

elle ne la précède pas de quelques instants ; tantôt c'est une douleur vive rachidienne, s'étendant de la tête jusqu'au sacrum (nº 52), sur une largeur variable ; tantôt elle est limitée au dos ou aux lombes ; elle peut se propager à droite et à gauche jusqu'à l'épigastre sous forme de crises tellement douloureuses, qu'il y a momentanément arrêt de la respiration et même syncope. Cette sensation douloureuse du dos est variable, elle ressemble à une brûlure qui s'est transformée, chez le nº 53, en la sensation d'un filet d'eau glacée qui coule dans le dos.

Chez cette malade dont les accidents étaient de peu de durée, et se répétaient à chaque époque mensuelle, le premier indice était une constriction à l'épigastre et une bouffée de chaleur à la figure.

La pression exercée sur les apophyses épineuses, n'augmente que faiblement la souffrance qui est déjà si vive.

Les membres pelviens sont le siége de fourmillements incommodes ou d'engourdissement avec lourdeur; on peut y observer, comme chez le nº 52, un frissonnement particulier général.

Le mouvement est profondément atteint, il y a immobilité sans roideur, non-seulement la station n'est plus possible, mais encore les mouvements sont pour ainsi dire nuls, *même dans la position horizontale*. J'appuie sur cette particularité, parce que, quelques lignes plus loin, nous verrons de même la station debout être impossible, mais les membres conserver assez d'agilité pour exécuter des mouvements sans soutien, quand le tronc est dans le décubitus dorsal.

Dans la moitié des cas, la paralysie s'étend jusqu'au rectum et à la vessie, il y a rétention et non incontinence ; il y a toujours constipation même chez les femmes qui urinent. La sécrétion rénale est accrue sensiblement chez quelques-unes d'entre elles, et les envies sont plus fréquentes.

Le sentiment subit aussi des changements notables, le plus souvent il est aboli ; il est exceptionnellement exagéré ou conservé naturel.

En pareille circonstance, la paralysie est accompagnée de symptômes généraux frappants : fièvre, pouls fréquent et petit, peau d'une chaleur âcre, face rouge, céphalalgie, oppression, respiration gênée ; des malades ont aussi éprouvé des efforts de vomissement, de l'indigestion, des coliques.

La nutrition musculaire n'est pas modifiée, le peu de durée de la maladie ne lui en laisse pas le temps.

2° *Si c'est à la suite de ménorrhagie qu'apparaît la paraplégie*, sa marche sera moins rapide que celle qui précède, une simple faiblesse marquera son début, et elle ira croissant jusqu'à mériter le nom de paraplégie (n°s 47, 48, 49).

La douleur du rachis n'est pas ici un symptôme presque obligé, il est exceptionnel ; les deux malades de M. Martin n'ont accusé aucune douleur dans le dos ; cet observateur regarde ce symptôme négatif comme la principale distinction entre la myélite et la paralysie qui nous occupe : je ne lui attribuerai pas la même importance. Madame X... (n° 47), a éprouvé à la région dorso-rachidienne des douleurs à peu près constantes mais supportables.

La pression sur les apophyses épineuses n'est pas sensible.

La paralysie du mouvement est manifeste, la marche et la station verticale deviennent impossibles, la faiblesse primitive n'est pas toujours égale dans les deux membres, les jambes fléchissent, et si deux personnes soutiennent la malade, les cuisses se portent lentement en avant au moyen des muscles psoas, et le pied traîne à terre sur le bord interne : mais dans le *décubitus horizontal*, les mouvements sont possibles ; tantôt ils sont bornés, et l'aide des mains est nécessaire, tantôt les membres sont doués d'assez de force pour quitter le plan qui les supporte et se mouvoir dans l'air libre. La force peut revenir momentanément en même temps qu'il se manifeste un symptôme critique (n° 47, par exemple), une diarrhée abondante survient, dure trente heures, et la malade se sent assez de vigueur pour marcher. Les membres paralysés sont le siége d'engourdissements et de fourmillements quelquefois

assez intenses pour troubler le sommeil; d'autres fois d'un abaissement de température très-difficile à combattre. Ces différentes manifestations vont en diminuant d'une façon sensible lorsque la force reparaît dans les muscles.

La nutrition des membres paralysés n'est pas compromise, ils conservent à peu près leur forme et leur volume normal, pendant des mois (n°s 48 et 49) et des années (n° 47).

La paralysie ne s'étend pas à la vessie et au rectum, leurs fonctions continuent d'être naturelles, quelquefois on observe une légère constipation.

La sensibilité est moins pervertie que le mouvement ; chez les uns elle persiste (n° 47), chez les autres elle n'est qu'émoussée, soit uniformément (n° 49), soit dans une région limitée, comme le pied (n° 48).

3° *Quand enfin la paraplégie dépend de la grossesse ou d'engorgement de l'utérus, ou de phlegmon*, etc., la marche de la maladie présentera encore quelques particularités notables. Comme précédemment elle est lente et progressive, la faiblesse est souvent inégale, plus tranchée à droite qu'à gauche. La rachialgie fait complétement défaut souvent même à la pression; elle fut une fois sensible dans la région sacrée (chez le n° 45). Les membres sont lourds et le siége d'engourdissement persistant ou passager, quelquefois il y a douleur.

La mobilité est altérée, la station est impossible, les pieds sont pendants, la pointe en bas, et toutes les malades conservent cependant le singulier avantage de pouvoir, dans le décubitus dorsal, exécuter des mouvements assez étendus; elles soulèvent et agitent avec une certaine agilité les membres qui, tout à l'heure, dans une autre circonstance, refusaient toute assistance.

La sensibilité reste naturelle dans toutes ses nuances.

La nutrition n'est pas notablement diminuée; cependant il y avait un peu de maigreur chez le n° 42, qui relevait de couches.

La défécation et la miction de même que précédemment

restent soumises à la volonté; il y a bien une constipation de quelques jours.

Diagnostic différentiel d'avec la myélite.

Quelques traits de ressemblance permettent de confondre de prime abord ces paralysies et celles qui tiennent leur être d'une myélite; mais le contraste devient assez frappant si on détaille leur physionomie. Je vais esquisser rapidement les différences.

La première, c'est que cette paraplégie est précédée et causée par une affection ou un trouble des fonctions de l'utérus.

La destruction de la moelle par la myélite ne met pas d'entraves à l'accomplissement des fonctions de cet organe, ce qui s'explique, parce qu'il ne reçoit que des filets nerveux du grand sympathique.

Ainsi que je viens de le faire pour les symptômes, je comparerai, avec la myélite, chacune des paraplégies utérines à part.

1° Examinons d'abord celle qui est due à un retard ou à une suppression. Elle se manifeste avec une rapidité exceptionnelle, quelques jours, le plus souvent quelques heures suffisent. Cette spontanéité ne permet qu'une erreur, c'est avec l'hématomyélie et l'hématorachis, erreur possible, mais légère pour ces deux raisons, que d'abord d'une congestion à une hémorrhagie il n'y a que la distance d'un degré, et que dans les deux cas le traitement est le même. La myélite même de forme aiguë affecte une marche plus lente, elle demande plusieurs semaines pour produire la paraplégie; trois seuls points de contact existent entre ces deux maladies. De même que dans la myélite, il y a ici paralysie presque complète du mouvement, et à un moindre degré du sentiment, la moitié du temps elle s'étend jusqu'au rectum et à la vessie, de plus la rachialgie est intense et les fourmillements dans les membres pelviens assez incommodes; mais la terminaison rapide de la maladie quelquefois funeste, souvent heureuse, la prompte

efficacité du traitement posent une limite infranchissable entre cette maladie et la myélite, qui se termine toujours par la mort et contre laquelle tous les traitements sont impuissants.

L'anatomie pathologique n'est pas non plus celle de la myélite; cette injection plus ou moins vive, bornée aux enveloppes, rarement répandue jusque dans la substance médullaire, ne peut être attribuée à la myélite.

En pareille occurrence, le traitement a une importance sur laquelle je reviens avec intention, car le médecin appelé, instruit du début, soit par l'observation directe, soit par l'interrogation, verra la paralysie promptement céder à des soins appropriés. Je ne citerai qu'un exemple très-frappant.

Une femme (nº 50) voit ses règles disparaître après une immersion dans l'eau froide ; en quelques heures la paraplégie est complète, un traitement antiphlogistique local et général remet la malade sur pied au bout de huit jours.

Je suppose qu'on ait, dans le principe de la maladie, considéré cette femme comme atteinte de myélite et qu'on l'ait traitée comme telle au moyen de vésicatoires, de cautères ou de moxas, peut-être serait-elle restée toute sa vie paralytique, et après un certain nombre d'années presque incurable. Les muscles auraient perdu depuis longtemps la propriété de se contracter sous l'influence de la volonté, mais ils auraient conservé leur volume, car la nutrition continue à se faire. De quelle manière leur aurait-on rendu ce pouvoir contractile? Peut-être par l'électricité, la strychnine, les douches et les bains d'eaux minérales sulfureuses. Aussi est-on entraîné malgré soi à dire qu'il y a sur la myélite et ses accidents encore beaucoup d'obscurité, et que bien des exemples de guérison rapportés comme appartenant à cette maladie lui sont peut-être étrangers.

La confusion avec la myélite n'est plus possible quand on se trouve en présence d'*une paraplégie suite d'hémorrhagie utérine*. A part les fourmillements qui sont fréquents, la douleur du rachis est très-exceptionnelle, même à la pression, la

motilité atteinte profondément, est quelquefois possible dans la position horizontale, la vessie et le rectum sont soumis à la volonté, la sensibilité quand elle n'est pas normale n'est qu'émoussée, la nutrition des membres inertes reste normale, la peau n'est pas décolorée, et la température n'est pas abaissée, la guérison est presque toujours complète dans l'espace de quelques mois, la vie ne court aucun danger; certes la myélite ne procède pas ainsi.

Dans le cas de grossesse ou de phlegmon, la paralysie est encore plus disparate de l'inflammation du centre nerveux rachidien, en ce qu'aux différences précédentes, on peut joindre ces particularités que la sensibilité reste normale dans toutes ses nuances, et que la malade qui, debout, même soutenue, ne peut porter un pied l'un devant l'autre, étant couchée sur le dos, agite ses membres et les dirige dans l'air et sans soutien. Enfin la maladie est sans gravité.

Durée, pronostic.

La durée de cette paraplégie n'est pas la même dans toutes les circonstances. Si c'est une suppression d'écoulement naturel de l'utérus qui l'a causée, elle sera assez courte, quelques semaines, telle est la limite dans laquelle la guérison ne tarde pas à se faire quand elle est possible. Un exemple remarquable, c'est la femme du n° 50, affectée instantanément d'une paraplégie complète, dix jours après le début elle était debout et guérie.

La durée de la paralysie sera beaucoup plus longue si elle est due à une hémorrhagie utérine de trois et quatre mois (nos 48 et 49) à plusieurs années (n° 47).

Si la grossesse a été cause de la paralysie, les jambes pourront remplir leurs fonctions quelques semaines après la délivrance, la convalescence se fera avec une certaine lenteur. C'est au bout de deux mois que le n° 42 a pu marcher posément.

La faiblesse qui dépend d'un engorgement de l'utérus ou du tissu cellulaire environnant, persiste de deux à cinq mois, le temps nécessaire pour que la résolution utérine ou péri-utérine puisse s'opérer.

Le pronostic que l'on doit porter sur chacune d'elles est également différent.

Il doit être grave dans le cas de suppression du flux périodique ou des couches ; il se fait dans ce cas un raptus sanguin vers la circulation rachidienne, et quand la congestion des méninges et de la moelle est intense, la mort est à craindre. Sur douze exemples de paraplégies dépendantes de l'utérus, les deux seules terminaisons funestes ont eu lieu en pareille circonstance (nos 46 et 51).

La gravité du mal n'est pas à beaucoup près aussi grande quand il se montre dans les autres conditions, ce n'est plus qu'une question de temps.

Traitement.

Dans la paraplégie qu'on peut, par abréviation, appeler utérine, le traitement doit être dirigé d'abord contre la maladie ou le trouble fonctionnel de l'organe qui l'a causée et varier selon la cause. Fréquemment la paralysie disparaîtra aussitôt que les choses seront rentrées dans l'ordre.

Dans certaines circonstances la paralysie réclame des soins directs en même temps qu'on ne perd pas de vue le trouble utérin.

Il est aussi des cas où la paralysie peut persister après la guérison de la cause qui l'a produite, et d'autres dans lesquels l'intervention de l'art n'a été demandée que longtemps après le début ; alors la paralysie doit être l'objet d'une thérapeutique presque exclusive, et on peut la ranger à côté des paraplégies hystérique et saturnine, qui ne guérissent que lorsqu'on agit directement sur les fonctions atteintes : la motilité et la sensibilité. Alors réussiront, l'électricité, la strychnine, les

eaux minérales sulfureuses et l'hydrothérapie, pour rendre à la vie et au mouvement des membres depuis longtemps inertes. Le concours des martiaux peut être nécessaire pour corriger la constitution.

Quelques-unes des malades dont il s'agit en ce moment, ainsi qu'un certain nombre de ceux dont la paralysie était causée par la néphrite, ont été d'abord considérés comme affectés de lésion organique de la moelle, et on a tenté au début la médication qui a été démontrée par l'expérience comme la plus active, comme la meilleure pour arrêter ou retarder une inflammation de forme aiguë ou chronique de la corde spinale, les moxas, les cautères, les ventouses, les vésicatoires, etc. ; il est facile de se convaincre que (un seul cas excepté) ce traitement n'a non-seulement pas guéri, mais pas même amélioré l'état des malades. En effet plus de vingt individus l'ont en vain subi ; un pareil résultat est fait pour appuyer l'importance qu'il faut attacher au choix du traitement qui, je le répète, doit aussi être dirigé vers la cause qui a été le point de départ, *cause première* souvent difficile à découvrir, mais que l'observation sévère montre tôt ou tard. Plusieurs des médecins auprès desquels j'ai recueilli des observations se sont trouvés en présence de cas semblables, datant de quelques mois et dont le diagnostic était difficile et le point de départ obscur. L'insuccès du premier traitement les a engagés à diriger leur attention et leurs soins vers l'organe considéré comme la source des accidents, les reins ou l'utérus, et vers la paralysie, alors une amélioration sensible est survenue assez rapidement, pour les faire persévérer dans la voie nouvelle qu'ils avaient prise.

1° *La paraplégie* est-elle due à la suppression des règles ou des lochies, il est indiqué de combattre la congestion rachidienne qui s'ensuit, et de rétablir l'équilibre en remplaçant le flux par des saignées abondantes pratiquées le long de la colonne vertébrale au moyen de ventouses scarifiées et de sangsues, à la hauteur où les symptômes permettent de sup-

poser que s'est faite la congestion. On aura aussi recours aux sangsues appliquées aux cuisses, aux lavements purgatifs et aux bains tièdes.

La malade du n° 50, complétement paraplégique, était sur pied le huitième jour, après deux applications de sangsues et l'emploi des dérivatifs. Dans l'exemple observé par Ollivier d'Angers (n° 53), la paraplégie qui tenait un retard de quelques jours ne durait qu'une heure, et la rachialgie qui la précédait disparaissait avec elle ; les saignées locales pratiquées avant l'époque ont bientôt été suivies d'amélioration.

Si la paraplégie s'est montrée peu de temps après l'accouchement et que les lochies aient été supprimées par une cause quelconque, soit une fluxion active vers un autre organe, soit un appareil fébrile qui ralentit et souvent arrête toutes les sécrétions, l'indication est de rétablir le cours des lochies. S'il est vrai que la santé puisse revenir quelquefois, sans que cette excrétion se soit rétablie, nous voyons que des accidents formidables peuvent aussi surgir assez longtemps après, pour qu'on ait pu croire au rétablissement complet de l'équilibre dans l'économie. Dans l'observation 46, la paralysie générale qui a débuté par la paraplégie est survenue un mois après cette suppression, et la malade qui était domestique était rentrée en service.

Si une affection intercurrente est venue suspendre l'écoulement, on traitera cette maladie selon sa nature ; et de plus on agira avec ménagement sur l'utérus, pour provoquer sa sécrétion. Les moyens que l'on choisira de préférence seront des pédiluves chauds, un peu stimulants; des vapeurs aqueuses et aromatiques chaudes, dirigées vers la vulve ; les sangsues appliquées à la partie supérieure et interne des cuisses, ou à l'extérieur des grandes lèvres; des ventouses, des vésicatoires aux cuisses, la saignée du pied.

Si l'utérus porte en lui la cause de cette suppression, c'est vers cet organe que l'on dirigera une action plus ou moins énergique selon la constitution du sujet; on aura recours aux

moyens précédents joints aux saignées abondantes chez une femme forte et pléthorique. Désormeaux père conseillait l'emploi des antispasmodiques, unis aux mêmes moyens chez une femme nerveuse ; chez une femme faible on prescrira, toujours avec les auxiliaires énumérés précédemment, les excitants généraux et les emménagogues.

La paraplégie doit-elle sa raison d'être aux règles qui se montrent sous forme de pertes, ou bien est-ce à une métrorrhagie apparaissant entre deux époques? il faut diminuer leur abondance ou l'arrêter complétement. L'art en ce cas peut appeler à son secours de nombreuses ressources, toutes indiquées dans les articles spéciaux qui traitent de ces accidents; aussi serai-je bref. Ce sont le décubitus horizontal, avec le bassin un peu élevé, joint aux applications et injections froides, et aux lavements froids : des boissons froides acidulées, et s'il le faut, astringentes.

Les potions ergotées seront prescrites plus rarement, le bouillon froid pour soutenir les malades est d'un grand secours.

Enfin pour opposer au cours du sang un dernier obstacle, quand le tamponnement aura échoué, ou bien quand il sera impraticable, comme après l'accouchement, on fera sur les quatre membres des ligatures au moyen de bandes, et l'on établira une compression sur l'aorte abdominale. Il n'est peut-être pas hors de propos de rappeler ici un conseil que j'emprunte à l'observation de M. Cazeaux. Il est urgent d'arrêter aussitôt que possible une métrorrhagie abondante, sans trop s'en rapporter à l'aspect et aux forces présentes de la malade, car cet habile accoucheur a vu quelquefois l'affaiblissement extrême n'avoir lieu que quelques heures après que le sang avait cessé de couler, et dans plusieurs circonstances, il a vu la mort ne survenir que cinq ou six heures après que toute perte avait cessé ; mort accompagnée d'anxiété, de mouvements respiratoires violents, incomplets, et de convulsions ultimes comme dans l'asphyxie ; ce qui s'explique par l'insuffisante quantité de sang portée vers le cerveau, lequel

n'est plus stimulé avec assez d'énergie pour accomplir, par l'intermédiaire des nerfs pneumogastriques, diaphragmatiques et cardiaques, l'acte respiratoire. Par la compression de l'aorte, et les ligatures, en retenant le sang dans un espace infiniment moindre, il arrivera encore en assez grande abondance pour stimuler l'encéphale. Depuis que M. Cazeaux agit ainsi, il ne voit plus survenir de pareils accidents.

Si après ces soins qui sont les plus urgents, on examine attentivement la malade, et que les premières pertes suivies de paralysies se soient renouvelées, on trouve, ainsi que le présentait la malade du n° 48, les symptômes de chloro-anémie : peau blanche, transparente, habituellement pâle, souffle prononcé dans les vaisseaux du cou ; on donnera alors comme il a été fait dans ce cas, les préparations martiales, et pour que l'absorption soit facile, on préférera le tartrate ferrico-potassique, qui l'emporte sur les autres préparations de ce genre, par l'avantage incontestable quand il est donné à haute dose, de ne pas causer d'excitation fébrile, de tiraillements épigastriques, et de ne pas constiper. Des bains sulfureux tous les deux jours, des frictions sèches aideront à rendre du ton aux tissus : les mouvements et la sensibilité tardent rarement à reparaître.

La paraplégie qu'occasionne la grossesse, disparaît avec la gestation, et ne réclame que rarement l'intervention des agents énergiques, stimulant la sensibilité et la myotilité, mais la convalescence est beaucoup plus longue qu'après une couche ordinaire.

Une malade (n° 44), enceinte de deux mois, devint paraplégique avec constipation ; une purgation suivie d'évacuation, a produit un succès durable jusqu'à l'accouchement.

Quand c'est à un engorgement utérin, ou péri-utérin, ou à un phlegmon du bassin qu'on a affaire, la compression dans ce cas occasionnant seule la paraplégie, le traitement ne s'adressera qu'à l'affection primitive.

CHAPITRE III.

DE LA PARAPLÉGIE CONSÉCUTIVE A L'HYSTÉRIE ET A LA CHLORO-HYSTÉRIE.

Il n'est pas nécessaire de s'évertuer à prouver l'existence des paralysies causées par l'hystérie et la chloro-hystérie, c'est une chose presque universellement admise, et regardée comme assez commune.

La paraplégie hystérique avait été signalée dès 1733 par Hecquet (1); et par Carré de Montgéron en 1737, lequel, quoique conseiller d'État, et étranger à la médecine, en avait parlé de manière à ce qu'il n'y ait pas de doute à cet égard (2); puis par Bailly, Bourdon et Cabanis (3); plus tard par Backer, Brodie, etc.

C'est à M. le professeur Piorry que revient le mérite d'avoir le premier fixé l'attention sur ce sujet (4).

La science est aussi redevable à M. Gendrin des études sérieuses qu'il a faites de cette maladie.

(1) Hecquet *le Naturalisme des convulsions dans les maladies*, 1733.

(2) Carré de Montgéron, dans son livre *la Vérité sur les Miracles de Pâris*, décrit les phénomènes extraordinaires qu'offraient les convulsionnaires; et rapporte des exemples de femmes paralytiques guéries subitement après s'être étendues une ou plusieurs fois sur le tombeau du diacre janséniste *Pâris*. Ne voit-on pas là l'influence salutaire de la *confiance, de la foi à la guérison;* nous avons été témoins de faits semblables chez les hystériques. (Voir aux observations.)

(3) Cabanis *Rapport du physique et du moral*, 1804.

(4) Il en a fait l'objet de conférences à ses élèves à l'hôpital de la Pitié, et M. Macario a relaté les principaux faits recueillis dans la clinique de ce professeur, dans un mémoire sur les paralysies hystériques (*Annales médico-psychologiques*, 1844).

Les auteurs anglais et quelques auteurs français ont étudié l'hystérie et ses paralysies sous le nom d'*irritation spinale*. (Voir page 165 ce que nous disons de cette maladie.)

La paraplégie hystérique, comme toutes les paralysies dues à cet état nerveux, viennent figurer sans contestation dans le cadre tracé par l'Académie de médecine; s'il en existe sans myélite, et pour dire plus encore, sans lésions de la moelle, ce sont elles qu'on citera comme exemples.

Les occasions de s'assurer sur le cadavre de l'intégrité de la substance médullaire, sont assez rares, il est vrai, dans cette maladie ; mais elles se sont présentées, et elles ont suffi pour ne pas laisser de doute à cet égard. Le petit nombre de nécropsies qu'on a pu faire, est venu témoigner de l'absence de ramollissement du centre nerveux rachidien. L'hystérie avec ses paralysies, est regardée, avec raison, comme n'ayant pas de gravité; la guérison arrive tantôt à la suite d'un traitement approprié, tantôt seule sans raison apparente, de même que la maladie s'était montrée sans motif, plutôt chez une personne que chez une autre, dans les mêmes conditions et avec une constitution semblable. Est-ce là ce qu'on observe dans la maladie appelée *myélite*?

En effet, toute affection organique de la tige nerveuse, n'entraîne-t-elle pas inévitablement la mort tôt ou tard? Ne sait-on pas que prononcer le mot *myélite*, comme le disait M. le professeur Trousseau, dans une leçon sur la paralysie rhumatismale, « c'est accuser une fin de non-recevoir? »

Le traitement, dont nous nous occuperons plus loin, vient lui-même établir une grande démarcation, car si l'on dirige contre la paralysie de cette nature le traitement propre à celle qui tient son être d'une myélite; il est sans effet aucun; si au contraire on a recours aux agents qui modifient les extrémités du système nerveux périphérique, qui provoquent des contractions et des mouvements, tels que l'électricité, la strychnine, un changement remarquable s'opère sous les yeux du médecin.

Le système nerveux central n'ayant pas présenté de traces qui puissent satisfaire l'esprit, on a cherché l'explication de ces phénomènes de paralysies du sentiment et du mouvement dans les gros troncs nerveux et leurs principaux filets; mais là comme ailleurs, on n'a découvert aucun indice de travail, soit inflammatoire, soit désorganisateur.

Au commencement de ce livre, j'ai cherché à prouver combien était peu probable, peu admissible, l'opinion qui donne à penser que la mort fait disparaître les traces de la lésion, comme cela s'observe pour certains exanthèmes dont la rougeur, assez intense pendant la vie, s'est évanouie après la mort, la scarlatine, la rougeole, l'érysipèle par exemple.

Je rappellerai seulement ce que j'ai dit, que la paralysie due à une lésion de la moelle n'est bien accentuée que lorsque l'altération est déjà manifeste. Comment admettre alors qu'une maladie persistant quelquefois des années se rattache à une altération qu'un souffle peut anéantir, en même temps que la vie?

Je ne reparlerai pas ici de l'opinion qui admet la reconstitution de la substance médullaire (voir p. 3).

D'après les raisons précédentes, il faut considérer la paraplégie hystérique comme indépendante de la myélite.

2° Les pathologistes se sont demandé *de quelle nature était la paralysie hystérique.* M. Piorry l'a placée dans les névralgies (1). Ce professeur admet, dans l'une et dans l'autre, l'existence d'une lésion inappréciable, invisible, il est vrai, qui échappe au scalpel, mais qui n'existe pas moins, pour lui, dans les troncs nerveux et que nos moyens d'investigation ne peuvent déceler.

Quoi qu'il en soit de la nature de cette lésion, il y a une

(1) *Ouvrage de médecine pratique*, t. VIII, pages 83 et suivantes. M. Piorry désigne l'hystérie par le nom de névropallie à cause des oscillations, des variations de cette maladie, de πάλλω, agiter, osciller. Pour lui la paraplégie hystérique est une névropallie périphérique.

grande ressemblance entre les névralgies et la paralysie hystérique; une comparaison ou plutôt un rapprochement le démontrera facilement.

1° Ni l'une ni l'autre ne laissent de vestiges de leur séjour dans les organes et les cordons nerveux.

2° Les phénomènes nerveux qui forment le cortége de l'hystérie, l'hyperesthésie, l'anesthésie, l'analgésie et la paralysie du mouvement offrent la plus grande analogie avec les névralgies, par la même marche irrégulière, fugace ou tenace, sans raison appréciable. La névralgie peut produire la paralysie locale dans les régions où s'épand le nerf qui en est le siége. Enfin la névralgie s'étendant à une région, cette région peut être insensible à la douleur produite par les agents extérieurs, et cependant être le siége de douleurs vives développées dans le trajet du nerf.

Je rapporterai à cet égard l'opinion de M. Duchesne de Boulogne, qui a fait des affections nerveuses une étude particulière, et dont les recherches sur l'électricité ont régularisé les effets de cet agent.

« La névralgie et les phénomènes de paralysie hystérique « diffèrent entre elles, » dit-il, « seulement par le siége. Dans « les névralgies, la douleur suit les troncs nerveux, détermine « quelquefois la paralysie dans les organes qu'ils animent. « Les hyperesthésies, les anesthésies, les paralysies hystéri- « ques, loin de suivre des trajets nerveux, occupent de larges « surfaces; si la diminution ou l'exaltation de la sensibilité est « limitée, on la trouve presque toujours dans les points où se « ramifient certains nerfs cutanés.

« N'est-il pas évident que toute la scène se passe dans les « houppes nerveuses? Pourquoi n'accorderait-on pas à celles- « ci leurs névralgies, ainsi qu'on le fait avec justesse pour les « troncs nerveux? »

M. Duchesne, comme nous le voyons, range aussi cette maladie dans la classe des névralgies; le siége de la paralysie est pour lui dans les houppes nerveuses (il appelle ainsi les

dernières ramifications des nerfs) de la vie animale et de la vie organique.

L'opinion de M. Duchesne, qui peut être excellente et vraie dans les cas de paralysie du sentiment, ne peut être applicable à tous les cas de paralysie hystérique.

Sans discuter plus longtemps les diverses opinions émises sur la nature de ces paralysies, qu'il nous suffise de connaître au point de vue purement médical, l'essence nosologique de l'affection qui se rattache, avons-nous dit, à une névrose spéciale, l'hystérie avec des désordres plus ou moins prolongés de l'action dynamique des centres nerveux.

Nous ferons remarquer cependant que, à une certaine époque, elles peuvent cesser d'être sous la dépendance directe de l'hystérie, et être entretenues par des complications profondes, telles que la chloro-anémie, l'aménorrhée, la dysménorrhée.

Avant de poursuivre l'étude de la paraplégie hystérique, j'établirai une légère différence entre les paralysies de cette nature afin d'éviter toute confusion.

Le plus grand nombre existe sans aucune altération appréciable dans les centres et les cordons nerveux; elles apparaissent chez des hystériques ou des chloro-hystériques sujettes ou non aux accès convulsifs, dont la maladie reconnaît pour cause, soit d'anciens troubles et de l'irrégularité dans la menstruation, soit une hygiène débilitante; ici la paralysie a une certaine durée et présente ces alternatives, ces formes changeantes, dépendantes de l'état nerveux, des attaques, etc.

Il en est d'autres (et elles sont en très-petit nombre), qui sont compliquées d'une légère congestion de la corde spinale, et à laquelle il serait permis de les rattacher; c'est par les circonstances dans lesquelles elles apparaissent qu'on peut de prime abord les reconnaître.

Une femme est atteinte d'hystérie, due, soit à des troubles menstruels, soit à une autre cause, elle est au début d'une époque, une émotion soudaine, une frayeur excessive, ou bien encore un refroidissement brusque, viennent arrêter

subitement le cours du flux cataménial ; dans l'espace de quelques heures une paralysie se manifeste. Ici il y a une légère congestion de la moelle (1) ; mais ici encore, il n'y a pas de myélite.

Je cite plus loin l'énoncé d'un fait de ce genre observé par Rullier et rapporté par M. Sandras. Dans des cas pareils, si la congestion est peu sensible, la paralysie ne tardera pas à disparaître, et si un traitement antiphlogistique est mis en usage, quelques jours suffisent ordinairement pour rendre aux membres leurs mouvements.

4° Revenons aux paralysies hystériques proprement dites. Elles sont partielles ou générales, plus souvent partielles ; *quoique la paraplégie soit encore assez rare.*

Les paralysies partielles frappent de préférence une moitié du corps, deux bras ou un seul, quelquefois aussi un membre pelvien, tantôt une région très-bornée, l'avant-bras, la main, l'épaule, la face, la vessie : les organes des sens sont souvent atteints dans leurs fonctions qui s'anéantissent ou se troublent.

M. Landouzi (2), sur quarante-six cas de paralysie hystérique, ne compte que neuf paraplégies. M. Mesnet, dans sa thèse 1852, sur la paralysie hystérique, sur dix exemples de paralysies, rapporte un cas de paraplégie, très-remarquable ; il avait été suivi quelques années auparavant par MM. Briquet et Duchesne de Boulogne. La paraplégie entre donc dans le nombre, à peine dans la proportion d'un cinquième.

La paraplégie devant seule fixer notre attention, je n'ai pas à faire l'histoire de l'hystérie, cependant quelques médecins élevant des doutes sur la constance de la paralysie, *celle du sentiment*, et ne la considérant que comme une complication de l'hystérie, il est, je crois, nécessaire de faire quelques remarques à l'égard de cette manière de voir.

(1) L'état nerveux particulier appelé hystérique établit seul la différence entre ces paralysies congestives, et celle dont il est question (pages 165 et 168), que produit un trouble fonctionel de l'utérus.

(2) *Traité complet de l'hystérie*, 1846.

L'hystérie, pour nous, dépend d'un état nerveux particulier, développé sous l'influence de certaines conditions prédisposantes très-variées que nous passerons en revue rapidement; mais ne serait-ce pas le lieu de se demander sur quoi les hommes les plus éminents dans la science se fondent pour faire de l'utérus le siége de cette maladie (1)? Les lésions de cet organe, le trouble de ses fonctions coïncident le plus ordinairement, il est vrai, avec cette maladie qui semble appartenir presque exclusivement à la femme. Mais pour le plus grand nombre, le rôle départi à l'utérus est celui d'un instrument coopérant à produire les états divers qui entraînent l'hystérie, il ne joue pas un rôle unique comme point de départ, il n'agit en réalité que comme organe dont les fonctions dérangées contribuent à l'affaiblissement de l'économie, et déterminent l'état nerveux dans ses différents degrés. M. Sandras partage cette opinion.

« Je ne veux pas nier, dit-il, que *l'organisation de la femme,* « *son rôle dans notre vie sociale, que la plupart de ses prédis-* « *positions morbides, toutes choses décelées par la présence de* « *l'utérus,* ne la rendent beaucoup plus apte que les hommes « à contracter certaines maladies nerveuses; mais ce n'est pas « une raison pour localiser dans l'utérus une maladie qui ne « se trouve pas chez la femme seule; bien qu'on rencontre « assez souvent *des cas où l'on observe une certaine coïncidence* « *entre la maladie et la menstruation.* »

Pour nous, sans prétendre placer dans la matrice le siége de la maladie, nous sommes forcé de convenir qu'elle joue un rôle important dans son développement, et nous avons déjà fait sentir dans le chapitre précédent, en parlant des paraplé-

(1) Les uns admettent une altération chronique de l'utérus, les autres une irritation simultanée de la matrice et de l'encéphale, pour d'autres il y a une réaction sympathique de l'appareil générateur de la femme sur le système céphalo-rachidien. — M. Piorry, ayant observé l'hystérie chez la femme et quelquefois chez l'homme, a placé le siége de la maladie dans la matrice et les ovaires (métralgie, ovarialgie) et dans le testicule (orchialgie).

Pour M. Landouzi, l'hystérie est une névrose de l'utérus.

gies consécutives à l'écoulement exagéré des règles, ou leur suppression brusque, etc., qu'il y avait entre elles et les paraplégies de nature hystérique et chlorotique une grande analogie, moins les accidents nerveux qu'on observe dans l'hystérie, mais qui peuvent souvent aussi passer inaperçus. Il n'est pas inutile de citer l'exemple de la malade du n° 65, hystérique depuis des années, qui après chaque époque était incapable de se supporter sur ses jambes, quand trois jours avant elle avait pu courir.

Il me suffira, pour compléter ce rapprochement, de rappeler un fait que M. Sandras a placé au chapitre de l'anatomie pathologique de l'hystérie (1).

« Dans le cas cité par M. Rullier, dit-il, il s'agit d'une jeune « fille, morte au troisième jour d'une attaque d'hystérie, dé- « veloppée à la suite d'une frayeur, avec suppression de règles. « Les sinus cérébraux étaient gorgés de sang. » N'est-ce pas là ce qui s'est passé dans les sinus rachidiens de quelques malades dont l'histoire précède? l'équilibre est détruit par l'arrêt brusque d'une fonction, il s'ensuit un raptus sanguin dans une région des centres nerveux.

Dans l'hystérie, les troubles du mouvement et du sentiment marchent ordinairement de front, mais inégalement répartis; ainsi lorsque les membres inférieurs, sont dans l'impossibilité de se mouvoir; la sensibilité est *pervertie* ou *émoussée* ou *anéantie* à leur surface; ce trouble dans l'appréciation du contact des agents extérieurs, ne se borne pas toujours aux membres privés de mouvement, elle peut s'étendre à tout le corps.

Quelquefois aussi, les membres privés de force contractile musculaire, pourront avoir conservé la propriété de sentir, et le reste de l'individu en être privé, ou bien encore un seul des membres sans mouvement, pourra être frappé d'anesthésie.

(1) *Traité des maladies nerveuses*, 1851.

La paralysie peut survenir chez un sujet hystérique qui n'a pas d'accès convulsifs, aussi bien que chez un individu dont l'état nerveux est caractérisé par des crises violentes et des convulsions cloniques.

Cette considération nous conduit naturellement à rechercher si quelques auteurs peuvent avec raison séparer de l'hystérie une forme de cette maladie, par cela seul qu'il n'y a pas de convulsions : alors qu'elle entraîne, comme nous tenterons de le prouver, les mêmes accidents de paralysie.

Cette maladie est divisée de manières bien diverses.

MM. Monneret et Fleury (1) admettent trois sortes d'hystérie, une idiopathique, une symptomatique et une épileptiforme.

Je partagerai plutôt la division proposée par le savant secrétaire de l'Académie, M. Dubois d'Amiens (2), qui admet deux degrés d'hystérie, la première sans convulsions, la seconde avec convulsions. Cependant je préférerai avec M. Landouzi, le mot « forme » au mot « degré; » parce que, dit-il, le premier degré semble devoir être nécessairement suivi du deuxième.

Je crois, avec le médecin de Reims, que ces deux formes sont indépendantes. La seconde n'est pas la conséquence forcée de la première. Il y a des hystériques qui n'ont jamais de convulsions.

Que M. Sandras me permette de faire quelques observations à propos de la séparation qu'il met entre l'hystérie et l'état nerveux :

« Cette distinction, dit-il, est d'une grande importance dans « la pratique, car s'il est vrai que l'état nerveux et l'hystérie « marchent très-souvent ensemble, il n'est pas rare de les ren- « contrer séparés. Combien de malades présentent des signes « non douteux d'hystérie, sans donner jamais occasion de les

(1) *Compendium de médecine pratique*, t. V.

(2) Dubois d'Amiens, *Histoire physiologique de l'hypochondrie et de l'hystérie, Compendium de médecine*, t. V.

« surprendre dans l'état nerveux, etc., etc. La distinction sur « laquelle j'insiste, outre qu'elle est nette et physiologique, a « l'avantage de séparer et de régulariser les indications. Pour- « quoi ferait-on subir le traitement de l'état nerveux à un « sujet qui n'offrirait que des signes d'hystérie? Que vien- « drait prétendre l'hystérie, là où l'état nerveux existerait « sans elle? »

Je n'aurais rien à répondre, s'il ne résultait clairement de ce passage et de bien d'autres, que M. Sandras fait de l'hystérie et de l'état nerveux deux maladies différentes ; s'il n'en eût pas été ainsi, cette division de l'hystérie en deux formes aurait été avantageuse, et se rapprocherait de celle de M. Dubois d'Amiens. Mais si la différence est telle qu'il y ait lieu à changer le traitement, je demanderai quel est le traitement de l'état nerveux, puisqu'il diffère de celui de l'hystérie, et je terminerai en lui rappelant ce qu'il a dû observer plus souvent que moi ; c'est que l'état nerveux entraîne la paralysie, comme le fait l'hystérie convulsive ; peut-être moins souvent, mais cela arrive, et je sais bon nombre de médecins des hôpitaux qui ont vu des femmes nerveuses, prises de paralysies à la suite d'un peu d'oppression, d'un bâillement avec pandiculation, sans que jamais ces individus aient présenté d'accès convulsifs.

Où est donc alors cette différence que ce médecin s'applaudit d'avoir établie? Je ne la vois pas.

La paraplégie qui doit nous occuper est accompagnée d'anesthésie; ce symptôme est d'une grande importance, puisqu'à lui seul, s'il est limité aux deux membres inférieurs, *il peut constituer une paraplégie*. Il n'en serait pas ainsi, que sa présence, ses variations nombreuses, qui servent à caractériser la paralysie hystérique, font pour plus d'un motif, qu'il est indispensable de savoir jusqu'à quel point l'anesthésie est un phénomène constant de toute attaque convulsive d'hystérie.

Les avis étant partagés à cet égard, nous nous y appesantirons

un peu afin de savoir quelle est l'opinion qu'il faut adopter.

M. Sandras est du nombre de ceux qui n'admettent pas l'existence constante d'un point anesthésique après toute attaque convulsive; et qui plus est, il considère la paralysie qui survient après l'hystérie, comme une seconde maladie ajoutée à la première.

Ce n'est pas la manière de voir de MM. Monneret et Fleury (1), qui envisagent la paralysie comme un effet produit par la violence du mal et non comme une complication.

S'il s'agit de la paralysie du mouvement, il est vrai de dire que toute hystérique n'est pas nécessairement menacée de paralysie; mais si l'on appelle paralysie, l'insensibilité, il est plus rationnel, pour ceux qui admettent la constance d'un point anesthésique comme un symptôme caractéristique de l'hystérie de forme convulsive, de ne pas considérer la paralysie comme une maladie à part.

M. Gendrin et ses internes ont tous observé la constance de ces symptômes ; un d'eux, M. Henrot, dans sa thèse 1847, a posé le fait en principe. M. Besançon dans une thèse très-remarquable et M. Mesnet, tous deux internes de M. Briquet, partagent l'opinion de leur chef de service, et ont reconnu la constance de ce symptôme, dans leurs thèses (1849, 1852). Pour moi, je pense comme ces observateurs, car j'ai vu comme eux, un grand nombre de fois.

Mon excellent ami M. E. Goupil qui a été aussi interne chez M. Briquet et qui a étudié l'hystérie avec un très-grand soin, a de même reconnu la constance d'un point anesthésique.

(Nous avons suivi ensemble plusieurs malades, et je me plais à dire que je dois à son observation rigoureuse d'avoir fait des remarques qui m'auraient sans doute échappé.)

M. Beau qui soutient aussi cette opinion, a donné d'une façon très-judicieuse et très-compréhensible, l'explication de cette dissidence dans un mémoire (*Archives*, 1848). Il démontre

(1) *Compendium de médecine*, t. V.

qu'elle dépend des différentes sensibilités individuelles, de la manière d'interpréter les réponses que les malades font aux questions adressées à propos de leur sensibilité; que les mouvements que font les malades pour fuir une douleur qu'elles ne sentiraient pas, peuvent aussi faire croire à une sensibilité qui cependant est éteinte ; enfin qu'il est indispensable de séparer l'insensibilité tactile, autrement appelée anesthésie, et l'insensibilité à la douleur que M. Beau appelle analgésie, car le tact est souvent conservé, les malades répondent qu'elles sentent; si on insiste pour savoir ce qu'elles sentent, elles répondent : Je sens qu'on me touche, même si vous avez enfoncé profondément une épingle dans les tissus; aussi, en examinant superficiellement les sentiments d'une malade, ses réponses et l'inattention viennent induire en erreur et portent à conclure à la conservation de la sensibilité, quand elle est abolie.

Le sentiment du toucher peut être anéanti et le sentiment de la douleur conservé; des erreurs peuvent encore ici se commettre, et plus facilement que dans le cas précédent.

Enfin il peut arriver que chez un malade un point insensible ait existé et qu'il ait disparu au moment de l'investigation; les allures changeantes de ce symptôme expliquent suffisamment cette possibilité.

Une observation approfondie et spéciale semble donc ne pas appuyer l'opinion de M. Sandras qui prétend : « Que cette « insensibilité même locale acquise pendant les accès, ou con- « servée en dehors des accès, sont des phénomènes tout à fait « exceptionnels ; ce serait, ajoute-t-il, un caractère pathogno- « monique dans toute la force du mot, s'il était constant. »

Admettons pour un moment que l'auteur du nouveau traité des maladies nerveuses soit dans le vrai, comment expliquer que, quelques lignes plus haut, il puisse reconnaître comme très-fréquente l'existence d'un point insensible? Je ne sais, mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'il résulte du rapprochement de ces deux passages une contradiction flagrante ; dans l'un il regarde l'insensibilité limitée, pendant les accès et en dehors

des accès, d'abord comme une chose tout à fait exceptionnelle, puis comme une chose très-fréquente ; on peut en juger. « La sensibilité est conservée pendant la plus grande « partie de l'accès, c'est un caractère qui la distingue de l'épi- « lepsie, mais au moment où l'accès approche de son maxi- « mum, où les malades ont perdu ou perdent connaissance, la « sensibilité s'éteint ou devient très-émoussée, *sinon dans tout* « *le corps*, au moins dans des portions plus ou moins « étendues. »

Du passage précédent il ne résulte pas clairement que ce soit sur le compte de la syncope que M. Sandras mette l'anesthésie, car il l'admet partielle ou générale : mais si la perte de connaissance est la cause de l'insensibilité, elle doit être générale, et dans la syncope épileptique, et dans la syncope hystérique, comme pendant le simple évanouissement, il y a anesthésie générale. Où est la différence (à part le caractère des convulsions, et la stupeur qui suit l'attaque d'épilepsie, et la liberté de l'intelligence qui succède à l'attaque d'hystérie) ? Elle est où M. Sandras ne veut pas la voir. Elle siége dans la persistance constante de l'anesthésie sur une étendue variable du corps après l'accès hystérique. C'est là le caractère pathognomonique qui existe pour tous, et qu'il conteste.

Afin de ne pas prolonger outre mesure une discussion qui nous éloigne du sujet, je n'ajouterai qu'un mot. Je ferai observer à M. Sandras que tout le monde ne partage pas l'étonnement qu'il manifeste relativement à une opinion émise par un de ses collègues. Je m'explique :

A propos de l'anesthésie, sur la constance de laquelle il n'est pas encore, à ce qu'il paraît, parfaitement fixé, il dit : « Les hystériques ordinaires n'ont rien de semblable, et il « n'est pas un médecin ayant vu et examiné de près quelques- « unes de ces maladies, *qui n'ait été étonné du sérieux avec le-* « *quel un médecin a pris acte de la découverte qu'il avait faite* « *d'une insensibilité locale inhérente à toute hystérique pendant* « *la durée de la maladie.* »

Le médecin de la Pitié (1), désigné dans cette phrase, joint à l'expérience, un profond savoir et un talent d'observation que personne ne lui conteste, aussi les faits venant lui donner raison, comprendra-t-on que je me range à son opinion.

Nous allons maintenant étudier les symptômes de la paraplégie consécutive à un état chloro-hystérique d'après 21 exemples dont 14 me sont personnels (2). Les autres m'ont été communiqués, ou ont été pris dans les recueils périodiques. Du reste, nous l'avons dit, la paraplégie hystérique n'est pas commune, et si on comptait tous les faits de ce genre, qui sont publiés épars, cela ne ferait pas un chiffre considerable.

Symptômes. — Nous passerons sous silence les périodes si variées de l'hystérie ; mais en étudiant la paraplégie, nous nous arrêterons aux considérations qui se lient intimement à cette phase de la maladie ; savoir :

Le début, qui comprend la rapidité relative de l'apparition de la paraplégie, et *son début* par rapport à l'hystérie.

Le mécanisme, ou l'explication du phénomène morbide.

Les causes multiples, qui sont l'influence de l'*âge*, du *sexe*, de la *constitution*, du *tempérament*, de la *profession*, de l'*hygiène*, de l'*hérédité*, du *caractère*.

Les symptomes généraux et les *points hypéresthésiques*, la *rachialgie*.

Paralysie du mouvement, *son intensité, sa forme, ses intermittences, coïncidences de diverses autres paralysies musculaires.*

Paralysie de la sensibilité. Troubles des organes des sens.

La durée, la terminaison.

Début. — La paraplégie hystérique se montre le plus souvent d'une manière lente et progressive, caractérisée d'abord par une faiblesse qui augmente de jour en jour jusqu'à la perte des mouvements. Sur 21 malades elle a débuté ainsi

(1) M. Gendrin.

(2) Je les ai recueillis dans les hôpitaux sous les yeux des chefs de service.

15 fois, et 2 d'entre elles qui ont eu des rechutes (nos 54 et 56) ont vu leur paralysie revenir de la même manière, ce qui porte le nombre des débuts lents à 17.

Plus rarement elle se déclare d'une manière brusque et comme soudaine, condamnant à l'immobilité des membres, qui naguère jouissaient d'une énergie toute naturelle. Elle ne s'est montrée subitement que quatre fois ; chez 2 de ces malades, la faiblesse, arrivée lentement, s'était bornée à un degré qui permettait encore la locomotion, et la paralysie s'est déclarée en quelques heures (nos 58 et 70). Les autres (nos 55 et 60) ont été atteintes sans faiblesse préalable.

Une quatrième malade (no 65), dont la paralysie a débuté avec lenteur, une première fois, a eu dans un an, dix intermittences très-brusques qui ne duraient que cinq ou six jours.

La paraplégie peut aussi se montrer rapide dans son début, mais laisser à l'observateur le temps de suivre ses progrès avant d'offrir le caractère de paralysie. Deux fois chez les nos 64 et 73 elle a mis entre quinze jours et six semaines à se développer.

Le début de la paraplégie hystérique a lieu à des époques très-variables, par rapport à celui de l'hystérie; on peut facilement calculer le temps écoulé entre les deux débuts. Si l'hystérie est de forme convulsive, on compte alors de la première attaque ; mais si l'hystérie n'est pas de forme clonique, il est plus difficile de se rendre compte de cette relation ; car l'état nerveux simple peut exister depuis longtemps, sans que l'attention en ait été frappée, ou sans que la date en ait été notée.

1° L'observation démontre que la paraplégie ne se déclare dans la majorité des cas qu'après la première attaque d'hystérie où les accidents qui constituent l'état nerveux ;

2° Un état nerveux bien caractérisé peut avoir été noté longtemps avant la paraplégie, et celle-ci ne se montrer qu'en même temps que la première attaque convulsive ;

3° Il peut aussi arriver que la paraplégie devance de long-

temps l'apparition de la première attaque convulsive, et que l'hystérie dans ce cas ne soit caractérisée que par des symptômes peu tranchés, excepté par la paralysie, qui devient alors la principale manifestation de la maladie. Le diagnostic, comme nous dirons plus loin, peut être indécis dans ce cas, mais à un moment donné, un an, plus ou moins, une première attaque clonique, avec ou sans syncope, vient caractériser cette forme obscure, assez rare du reste, de la paraplégie hystérique, et écarter l'idée d'altération de la moelle, circonstance que nous avons eu l'occasion d'observer trois fois chez les malades des nos 59, 60 et 67.

La paralysie hystérique s'est montrée, chez 21 femmes,

1	fois,	23 ans après la première attaque......	nos 61
1	—	14 ans après l'état nerveux...........	69
1	—	12 ans après la première attaque......	68
1	—	8 ans après les accidents nerveux, mais en même temps que la première attaque..........................	63
2	—	7 ans après la première attaque......	57-73
1	—	6 — —	56
1	—	5 — —	55
1	—	4 — —	64
1	—	20 mois après.......................	70
3	—	de 1 an à 9 mois après..............	54, 67, 71
5	—	après des accidents nerveux, à des dates indéterminées.................	58, 62, 65, 72, 74

Et trois fois la paraplégie a devancé la première attaque convulsive de un an à neuf mois chez les nos 59, 60 et 67.

Mécanisme. — L'observation ayant appris que les paraplégies hystériques succèdent le plus souvent aux attaques convulsives, surtout quand elles ont été violentes et prolongées, on a proposé une théorie assez séduisante de la paralysie hystérique qui serait due à l'absence plus ou moins prolongée de l'influx nerveux, après une dépense exagérée et rapide de cet agent (1), de même on voit les excès vénériens produire

(1) Si l'on irrite avec deux pôles galvaniques la portion lombaire de la moelle d'une grenouille convenablement préparée, on voit que les secousses deviennent de moins en moins fortes dans les membres inférieurs et cessent.

l'anaphrodisie et l'impuissance, et les travaux excessifs de l'esprit entraîner des désordres intellectuels; de même on voit toute exagération extrême d'une fonction physiologique causer la paralysie momentanée de cette fonction. Cependant il est des exceptions nombreuses à cette succession des paralysies aux attaques convulsives. Nous disons exceptions, mais peut-être rentrent-elles dans la règle générale. Les quelques lignes qui suivent vont expliquer notre restriction.

On sait combien est excessive l'irritabilité des hystériques, même dans les centres nerveux de la vie organique, et de même que l'on admet chez les enfants, avec juste raison, des convulsions internes, souvent aussi graves que les convulsions externes, de même chez les hystériques ces troubles si variés des *contractions du cœur*, des *muscles du larynx*, du *diaphragme*, des *couches musculaires de l'estomac et de l'intestin* (*qui tantôt déterminent* des *palpitations*, des *hoquets*, des *vomissements*, des *borborygmes spasmodiques*), ne sont-ils que de véritables convulsions cloniques qui peuvent entraîner une dépense aussi considérable de l'influx nerveux que les convulsions des membres? ne pourrait-on pas supposer que la boule qui remonte, que la constriction à la gorge, symptômes si fréquents, ne sont aussi que des convulsions du tube digestif?

A l'appui de cette opinion, on peut ajouter que les physiologistes modernes tendent à détruire cette sorte d'individualité qu'on attribuait au système des nerfs ganglionnaires en montrant chaque jour plus clairement qu'ils prennent leurs racines dans l'axe cérébro-rachidien, et que l'un et l'autre sont solidaires; j'ai cité, page 119, les expériences faites dans le but de le prouver.

même complétement, mais si on la laisse en repos quelques instants, du fluide nerveux se reforme, la moelle se recharge de nouveau, pour ainsi dire, et les contractions recommencent sous l'excitation galvanique.

M. le professeur Rostan (*Traité de diagnostic*) admet que l'agent nerveux est susceptible de pécher par excès et par défaut, de manière à se trouver en plus ou en moins dans les organes et à y produire des accidents que l'on nomme nerveux.

Les causes semblent influencer la rapidité ou lalenteur du début.

Le plus souvent la paraplégie *doit sa marche progressive*, comme nous venons de le dire, aux attaques. Chaque convulsion ajoute une nouvelle faiblesse à celle que la précédente convulsion a laissée après elle. Il peut aussi se faire que les attaques qui ont précédé n'aient point amené de faiblesse, et que la paralysie se caractérise dans l'espace de quelques semaines à la suite d'une attaque plus violente que les autres. Il en fut ainsi en cinq semaines pour le n° 73.

Nous ne rappellerons pas que la paraplégie peut devancer d'une année, et plus, les convulsions externes, et qu'à moins de considérer comme convulsions les autres accidents hystériques, on ne peut faire intervenir leur influence.

L'apparition brusque de la paraplégie, imprévue pour la malade, est due quelquefois à une vive frayeur, à une émotion violente suivie de syncope. Le n° 55, dont l'hystérie avait eu pour *cause* primordiale des chagrins incessants et des émotions, ayant été, à l'époque menstruelle, injustement traînée en prison comme voleuse, et là exposée aux violences impudiques d'un gardien, elle fut prise après une syncope d'une paraplégie subite causée par l'épouvante.

Une nuit agitée, et troublée par des songes lugubres, a déterminé une paralysie dont la malade n° 55 ne s'est aperçue qu'à son lever ; déjà auparavant les jambes et les cuisses étaient le siége de fourmillements, de froid et de lassitude.

Les émotions vives peuvent donc être la cause immédiate de la paraplégie, mais plus souvent encore la cause déterminante des accidents hystériques, nos observations en offrent de nombreux exemples.

Cette rapidité dans le début de la paralysie est aussi causée par l'impression du froid subit, qui vient à frapper une femme hystérique ayant ses règles et les supprime (n° 70).

Les choses ne se sont pas passées de la sorte chez la malade n° 60, qui, étant à l'époque de ses règles, fut prise de para-

plégie le lendemain d'une marche pénible, sans que l'écoulement ait cessé.

La progression rapide de la paralysie dépend aussi de la cause première ; la malade du n° 64 en est un exemple intéressant. La première attaque convulsive de cette femme vient quelques moments après une émotion morale, vive, qui a supprimé brusquement ses règles; quatre ans plus tard, se trouvant dans l'état puerpéral, elle a une hématémèse, et quelques jours après, en sortant du bain, elle est prise de froid et de frissons, les lochies se suppriment, et le même jour la vessie est paralysée ; des douleurs dans les jambes se font sentir ; une semaine après elle est prise, sans influence morale, quatre jours de suite, d'attaque convulsive (depuis quatre mois elle n'en avait pas eu) ; et avant la fin du mois elle est paraplégique et anesthésiée de toute la surface cutanée. Dans ce cas particulier, deux causes puissantes ont agi de concert : l'état puerpéral et l'hystérie, mais évidemment c'est à cette dernière que revient la plus grande part d'action, puisque l'on voit la paraplégie persister trois ans, et augmenter et diminuer d'intensité selon la force et la répétition des attaques.

L'âge. — De même que l'hystérie, la paraplégie qui s'y rattache est l'apanage d'un âge peu avancé, c'est l'époque à laquelle l'esprit et l'intelligence se préoccupent des peines, des plaisirs, des travaux, des passions qui exaltent le système nerveux. Chez les malades dont l'histoire suit, cette paraplégie s'est montrée entre 16 et 43 ans.

On rencontre des hystériques qui sont prises de la première attaque convulsive entre 4 et 5 ans, ceci nous montre la possibilité de trouver dans l'enfance une paraplégie de cette nature. Le n° 56 et le 57 ont eu leur première attaque, l'une à 10 ans, et la seconde à 11 ans.

Sur 21 paraplégiques,

16 avaient moins de 30 ans.		1 avait	17 ans.
1 avait	16 —	3 avaient	18 —

2	avaient	19	ans.	1	avait	30	ans.
2	—	21	—	1	—	31	—
2	—	22	—	1	—	32	—
2	—	23	—	1	—	41	—
1	—	24	—	1	—	43	—
2	—	28	—				

C'est donc le plus souvent entre 16 et 30 qu'on observera la paraplégie hystérique.

Le sexe. — L'influence du sexe est irrécusable.

L'hystérie s'observe chez l'homme, mais si rarement, qu'il y a quelques années à peine on doutait encore qu'il pût être atteint de cette maladie; aussi les *paralysies* dues à l'hystérie chez l'homme doivent être, à plus forte raison, si exceptionnelles, si rares que, s'il se présente un cas de paraplégie chez un homme, on est éloigné de lui supposer l'hystérie pour cause. Chez la femme, au contraire, c'est une présomption raisonnable, surtout quand elle s'accompagne de phénomènes nerveux.

La constitution, — le tempérament, réunis ou séparés, concourent puissamment à la production de l'hystérie, et de ses paralysies, c'est le plus souvent de concert qu'ils agissent.

La constitution, que l'on confond souvent avec le tempérament, « peut être modifiée par le régime mais non détruite, « elle est le fond de la nature individuelle (1). » « Elle résume « tous les éléments organiques, toutes les différences indivi« duelles : tempérament, idiosyncrasies, âge, sexe, hérédité, « habitude : elle est le produit de ces conditions fondues en« semble dans la même individualité (2). » On juge la constitution par un résultat sommaire, elle est forte ou faible. *La constitution* des hystériques n'est pas ordinairement forte. Ces malades sont quelquefois grasses, potelées, elles conservent leurs formes mais sans que le tissu musculaire soit très-développé, elles sont le plus souvent pâles, leur peau est blanche.

(1) Royer-Collard.
(2) Michel Lévi, p. 231, t. I, *Hygiène*, 1850.

Il en est cependant dont les couleurs vergetées, d'une apparence trompeuse, étalées sur une face bouffie, se lient à un embonpoint illégitime dont il faut se défier : c'est le caractère de ce qu'on appelle chlorose *fortiorum* ; cette apparence de pléthore a éloigné quelques médecins de penser que la chlorose fût la compagne obligatoire de l'hystérie. Il est cependant reconnu que la pléthore et l'anémie se confondent chez le même sujet, il y a chez eux abondance de liquide, mais diminution des globules. La taille est peu élevée, le n° 61 présente un extérieur des plus chétifs. J'ai cependant rencontré quelques rares exceptions de haute stature et d'apparence de force comme les n°s 58, 60 et 62 ; toutes trois avaient un tempérament nerveux sanguin, leur forte constitution primitive a été modifiée par le régime et l'hygiène.

Le tempérament. — Il est difficile de définir exactement quel est le tempérament d'une malade, même après examen, et d'après l'habitude extérieure, il faut distinguer le tempérament congénial, ou la première donnée de l'organisation ; et le tempérament acquis, ou le résultat des influences qui ont longtemps, et profondément agi sur elle : ce qui donne lieu le plus souvent à des tempéraments mixtes qui ne se neutralisent point, mais dans lesquels l'un d'eux prend toujours le dessus.

En adoptant la division ancienne, de tempérament sanguin, lymphatique et nerveux, je trouve, d'après l'inspection des malades qui suivent, que le tempérament lymphatique a joué le role le plus important, puis le nerveux ; le tempérament sanguin ne s'est trouvé qu'associé aux autres.

Mais le tempérament lymphatique est celui qui dispose le plus à la chloro-anémie.

Le tempérament lymphatique a existé.........	8 fois.
— lymphatique nerveux...........	2
— lymphatique sanguin...........	2
— nerveux........................	4
— nerveux sanguin...............	4

Le tempérament nerveux conduit aussi à l'hystérie, par l'activité excessive, que le système nerveux imprime au système musculaire aux dépens de ce dernier, et il s'ensuit un affaiblissement progressif.

C'est l'observation de faits de ce genre, c'est l'existence presque constante de symptômes de chloro-anémie chez les hystériques, qui a porté M. Briquet à regarder la chlorose comme nécessaire à la production de l'hystérie, qu'il range dans les névroses.

Pour moi, je regarde la chloro-anémie comme le début de l'hystérie, que l'on a vue aller jusqu'au scorbut. Les symptômes généraux sont tous les mêmes ; dans l'anémie, les accidents nerveux sont d'autant plus caractérisés que l'anémie l'est davantage. La présence presque constante d'un bruit de souffle, ou intermittent ou continu, dans les vaisseaux du cou accuse une diminution importante dans la quantité des globules sanguins. M. Andral a reconnu que ce bruit de souffle ne manquait jamais quand l'élément globulaire est tombé au-dessous de 80. Cette relation de la chlorose et de l'hystérie n'est admise que par un petit nombre de médecins. Sans pouvoir expliquer la cause du désaccord qui existe entre les auteurs, sur l'existence de la chlorose et du souffle dans l'hystérie, il faut admettre qu'il y a matière à erreur, quand on voit des observateurs comme MM. Rilliet et Barthez, nier l'existence du bruit de souffle chez les enfants de deux ans, et d'autres l'affirmer. J'ajouterai que le hasard m'a permis de constater, avec M. Goupil, alors interne du service de M. Bouneau, du susurrus carotidien chez des enfants de deux ans, affaiblis par une diarrhée cachectique.

Sur 21 malades, 18 *avaient du souffle dans les vaisseaux carotidiens*, faible chez les uns (du susurrus seulement), très-fort chez les autres ; il y a plus, deux autres malades ont été regardés comme chlorotiques, seulement on a omis d'ausculter le cou et d'y rechercher si le bruit du souffle existait ; il n'y a eu, sur 20, que 1 malade qui ne fût pas atteinte de

chlorose, c'est le nº 67, âgée de 43 ans. Cette altération, soit congéniale ou acquise, est due à une multitude de causes, telles que les hématémèses et la leucorrhée (conséquences elles-mêmes des causes que nous allons passer en revue), qui ont exercé une notable influence chez 5 individus, elles produisent un appauvrissement des liquides qui détruit l'équilibre des fonctions, et développe le système nerveux d'une manière anormale.

La profession. — Les professions sédentaires assises ont fourni plus d'exemples de paraplégies hystériques que toutes les autres ensemble : les couturières de tout genre, brodeuses, modistes; les coloristes, etc.; puis viennent les professions sédentaires debout, telles que les blanchisseuses, les repasseuses, les domestiques; les marches forcées, jointes à la misère, exercent aussi une influence notable; les apprenties, les marchandes des quatre saisons, etc.

Je ne parlerai pas de l'influence débilitante, de la vie de plaisirs que les femmes du monde se créent, et qui développe l'hystérie et ses paralysies dans une classe où il n'y a pas de profession pour les femmes.

L'hygiène d'une certaine classe de femmes de la ville est faite pour altérer les constitutions les plus fortes : nourriture, sommeil, exercice, air, lumière, sont pour elles en quantité insuffisante.

La maladie se déclare de préférence chez des sujets dont l'enfance a été maladive et misérable, comme la nommée Rahon (nº 61), Pelletier (nº 57), qui eut une fièvre typhoïde grave à 7 ans, puis fut maltraitée en apprentissage; Joly (nº 63) endura la misère d'un enfant abandonné, elle eut dans sa dix-huitième année plusieurs maladies aiguës, et fut saignée neuf fois.

L'hérédité exerce aussi une influence incontestable. Bon nombre de nos malades avaient eu leurs mères et leurs tantes hystériques. Je citerai l'exemple le plus remarquable, pour n'en citer qu'un. Rahon (nº 61) avait perdu sa mère d'une

maladie nerveuse. Elle-même, hystérique de bonne heure, accoucha deux fois avec attaque. Elle perdit plusieurs enfants à la suite de convulsions, et une fille, qui a survécu, est hystérique.

Le caractère agit manifestement sur le développement de l'érétisme du système nerveux. Sur les 14 paraplégies hystériques que j'ai suivies moi-même, 13 malades avaient un caractère très-impressionnable. A 10 ans, le n° 56 fut en proie à sa première attaque, à cause d'une punition injuste infligée à l'école. Les penchants sont chez la plupart d'entre elles tristes ou sombres, tantôt exaltés, tantôt mystiques, comme le n° 58, qu'une vocation religieuse contrariée, avait conduit à l'hystérie, par une succession d'émotions variées; une seule jeune personne (n° 59) avait un naturel enjoué. Élevée à la campagne, elle avait été brusquement placée dans les plus mauvaises conditions hygiéniques, tout en conservant sa gaieté; aussi est-elle une des trois malades qui ont été atteintes de paraplégie un an avant d'être en proie aux attaques convulsives. Ce qui, chez ces malades, semble le plus impressionner le moral, c'est l'abandon, comme pour le n° 63, et, chez la plupart, l'incertitude de l'avenir. Je ne reviendrai pas sur l'effet des émotions vives.

Symptômes généraux. — L'esquisse rapide des symptômes de l'hystérie est indispensable à l'étude de la paraplégie qui en est la conséquence, elle reflète sur elle ses nuances variées, et lui donne une physionomie frappante dans les cas ordinaires.

Il est de plus quelques symptômes de l'hystérie, encore peu connus, tels que les points douloureux, hypéresthésiques au moindre contact, qui peuvent servir à éclairer le diagnostic dans les cas obscurs où la paralysie a devancé l'apparition des attaques, et des principaux accidents nerveux.

Si on établit un rapprochement, on verra que tous ces signes forment au grand complet le cortége que la chloro-anémie traîne à sa suite.

1° Ce qui frappe tout d'abord, ce sont les phénomènes qui

dépendent de l'appauvrissement du sang, et qui se passent du côté de la circulation.

Ainsi, pâleur générale de la peau, des muqueuses, de la langue; pouls petit, lent, ou très-vite; souffle intermittent ou continu des vaisseaux carotidiens (19 fois sur 21); extrémités moites en sueur, mais froides; palpitations, étourdissements, bourdonnements d'oreilles, nonchalance, langueur, fatigue.

Les hémorrhagies passives sont assez fréquentes; en première ligne s'observent les hématémèses (nos 57, 63, 64, 69 [1], 73). Elles se montrent de loin en loin chez quelques individus; chez d'autres, tous les jours, pendant plusieurs mois de suite (no 64) sans que le dépérissement soit bien accentué. L'épistaxis est moins fréquente, elle peut remplacer le flux menstruel (no 63) et se montrer pendant plusieurs semaines, ou bien durer vingt-quatre heures sans discontinuer (no 60). La métrorrhagie et l'hémorrhagie rectale sont proportionnellement beaucoup plus rares; quant à la dysménhorrée, ou l'aménorrhée et la leuchorrée consécutives, on les observe dans la presque totalité des cas.

2° Les signes pathologiques des voies digestives sont aussi d'une grande importance.

La gastralgie et l'inappétence sont presque constantes, ainsi que l'appétit bizarre prononcé pour certains condiments, et la préférence pour les aliments indigestes. Il y a aussi souvent dégoût, accompagné de vomissements. Ils ont été incessants chez la malade du no 58, pendant dix-huit mois; on a dû la nourrir avec des lavements. Dans un cas semblable (en l'absence de lésion organique de l'estomac), ce symptôme est caractéristique de l'hystérie, et dans l'exemple, no 65, les phéno-

(1) M. Tailhé, qui a observé cette malade, avait trouvé chez elle quelques signes stéthoscopiques de tubercules dans les poumons; il avait regardé les vomissements de sang comme une hémoptysie; il est plus probable, vu le peu de développement des tubercules, vu l'ancienneté de ce phénomène, que le sang venait de l'estomac, car elle a eu le scorbut étant jeune en même temps que les pr miers vomissements de sang.

mènes nerveux étant peu nuancés, c'est lui qui, par sa persistance, a fait supposer à M. Boyer que la paraplégie rebelle pourrait être de nature *hystérique*. Le vomissement a été observé chez 10 autres malades, mais sans avoir, à beaucoup près, la même persistance. Chez l'une, il n'avait lieu qu'avant l'attaque, et était formé de liquide filant; chez le plus grand nombre, les vomissements étaient alimentaires et arrivaient après le repas. De plus, il est presque de règle que les malades évacuent avec peine; 15 malades ont eu à souffrir d'une constipation très-difficile à combattre, et ne cédant à tous les moyens employés qu'au bout d'un mois, six semaines (nos 61, 63).

3o Enfin viennent se grouper les phénomènes nerveux qui, par leur variété et leur nombre, ne peuvent manquer de fixer l'attention. Il est quelques malades assez malheureuses pour les présenter tous.

Les premiers à se déclarer sont les névralgies intercostales, crâniennes, la céphalalgie, le fourmillement, qui fut général chez le no 55; les bâillements, les pandiculations, les étouffements, le spasme, le tremblement nerveux (ou général ou borné aux membres inférieurs, et assez énergique pour agiter tout le corps quand la malade est assise ou essaye de marcher [nos 61 et 65]); puis l'oppression, la constriction douloureuse à l'épigastre, qui est le premier des points *hypéresthésiques* qui se développent dans les muscles et la peau.

S'il y a accès convulsif (ce qui s'est présenté dans quatorze exemples), la forme peut être *clonique* (c'est la plus commune) ou *tonique* (forme beaucoup plus rare) avec ou sans syncopes (9 malades tombaient en syncope [1]). Si, dis-je, il y a attaque convulsive, la constriction épigastrique s'exaspère : pour l'une, c'est une vive brûlure (no 63); pour l'autre, c'est

(1) Une attaque convulsive peut débuter par des mouvements *cloniques*, et se terminer par une roideur *tonique* générale comme tétanique, interrompue par des secousses de relâchement (no 63). Cette roideur peut se borner à un membre seulement; au bras et à l'avant-bras, comme chez le no 57. Dans ces deux exemples, la contracture a persisté, celle qui a été générale jusqu'au

une griffe qui l'étreint; pour le plus grand nombre, c'est une boule qui monte de l'épigastre jusqu'à la gorge, s'y arrête et étouffe les malades; le sentiment de boule était perçu par sept d'entre elles. Certaines sentent cette espèce d'aura s'élever du flanc, de l'ovaire ou de l'utérus; d'autres fois, la strangulation se fait sentir d'emblée au larynx. Le n° 61 était prévenue de l'imminence de l'accès par une céphalalgie qui devenait intolérable; dès qu'elle sentait la boule monter de l'ovaire gauche, elle avalait précipitamment plusieurs vers d'eau coup sur coup, et arrêtait ainsi l'accès; ce moyen m'a réussi une fois auprès d'une hystérique. Les jours qui suivent l'accès convulsif, les malades se plaignent de *tympanite;* elle est causée par l'air qu'elles déglutissent et qui s'accumule dans l'estomac, la respiration ne s'opérant que de loin en loin par une violente inspiration.

Enfin, je cite à cette place les paralysies de la myotilité, de la sensibilité, et les troubles des organes des sens qui vont plus loin fixer notre attention.

Avant de poursuivre, *disons un mot sur les points hypéresthésiques et la rachialgie.*

Chez toute hystérique, il se manifeste des douleurs dans des régions très-limitées. Ces douleurs sont tantôt sourdes et constantes, tantôt très-vives et intermittentes, la moindre pression les exaspère au point d'arracher un cri à la malade. Il est de ces douleurs qui ne manquent jamais, il en est d'autres qu'on voit rarement. J'ai vu des hystériques les éprouver toutes (n°s 57, 63).

Elles ont leur siége : au creux épigastrique; en haut du thorax, sous les clavicules, surtout à gauche; sous le sein gauche; dans les fosses iliaques, surtout à gauche, dans un point correspondant à l'ovaire; à l'hypogastre, derrière la tête; à la pointe du scapulum gauche. — Enfin celui qu'on

lendemain; l'autre, qui s'est bornée au membre supérieur, a persisté huit jours, l'intervalle de deux attaques, l'accès suivant a rendu aux muscles leur relâchement naturel.

peut regarder comme pathognomonique, c'est un point douloureux qui a son siége dans la gouttière vertébrale gauche à la hauteur de l'épine de l'omoplate, depuis la deuxième jusqu'à la quatrième vertèbre dorsale. Quand on n'exerce pas de pression, la douleur est supportable, mais elle devient si profonde et si vive quand on appuie, que la malade plie sous elle pour s'y dérober; sa violence a été sous mes yeux le point de départ d'un accès violent (chez Rahon, n° 61).

Dans les cas de paraplégie, sur la nature de laquelle on était en doute chez les malades n°s 59, 60, 65, 67, cette hypéresthésie musculaire et cutanée de la gouttière vertébrale existait très-manifestement, et plus tard des accidents nerveux caractéristiques, convulsions, anesthésie, etc., sont venus confirmer le diagnostic.

M. le docteur Besançon a dit, dans sa thèse, que la gouttière vertébrale n'était le siége de douleur qu'autant que les apophyses épineuses correspondantes étaient douloureuses, ce n'est pas là ce que j'ai observé.

Le point hypéresthésique de la gouttière gauche existait chez tous les malades sur lesquels on l'a cherché, 17 fois sur 21 : et la rachialgie des apophyses n'a été notée que 11 fois, et tantôt cervico-lombaire, et dorso-lombaire, tantôt dorsale.

La rachialgie est une douleur qui siége dans la colonne vertébrale directement au-dessous des apophyses épineuses. Ce symptôme que l'on observe assez fréquemment dans la paraplégie hystérique (11 fois sur 21), quoique assez vif pour attirer l'attention des malades, n'atteint presque jamais la violence de la rachialgie dans la myélite. Tantôt c'est une simple fatigue du dos, tantôt elle est forte, mais passagère, il est rare qu'elle soit aussi violente que chez la jeune fille du n° 59 qui s'est plainte d'une douleur très-aiguë, quelquefois déchirante, augmentant à la pression ; cela, joint à l'absence des phénomènes nerveux qui n'ont paru que plus tard, a été cause de l'incertitude du diagnostic ; les exutoires qu'on avait posés,

n'ont amené aucun changement, et lorsque le mouvement et le sentiment se sont rétablis sous l'influence du galvanisme, la rachialgie a diminué progressivement, jusqu'à disparition complète ; elle change quelquefois de place, monte ou descend après une attaque ; je l'ai vue s'étendre à toute la longueur du rachis, mais elle se borne de préférence à deux ou trois vertèbres, où elle est fixe : quand il en est ainsi, la douleur semble s'y concentrer, et n'en est que plus vive (n°s 59, 65, 67, 69). La pression ne l'augmente qu'exceptionnellement (n° 59) ; ce qui a fait penser le contraire à certains observateurs, c'est le voisinage fréquent de la rachialgie dans le haut de la région dorsale et du point douloureux de la gouttière vertébrale gauche dont l'hypéresthésie qui siége dans les muscles et la peau s'étend jusqu'aux apophyses. Dans ce cas le moindre contact étant douloureux, on en a conclu que la pression augmente la douleur. Ce phénomène est encore plus tranché quand les deux gouttières vertébrales sont le siége de points douloureux ; la marche chez quelques malades augmentait la rachialgie en même temps que la sensibilité des deux points hypéresthésiques de l'épigastre et de l'ovaire.

PARALYSIE DU MOUVEMENT; SON INTENSITÉ, SA FORME, SES INTERMITTENCES. COINCIDENCES DE DIVERSES AUTRES PARALYSIES MUSCULAIRES.

a. La paraplégie se traduit par une foule de nuances : depuis la faiblesse jusqu'à l'immobilité la plus complète ; cette dernière forme a été à tort mise en doute par quelques auteurs ; quatre exemples (n°s 56, 57, 69, 71) viennent, à n'en pouvoir douter, prouver qu'elle existe ; il est juste de dire que la jeune fille du n° 57 n'était condamnée à cette immobilité que lorsque la vue ne pouvait seconder la puissance musculaire (j'étudierai à part ce singulier phénomène).

1° Il est des malades qui peuvent marcher seules, mais avec la même incertitude, les mêmes hésitations que l'enfant qui fait ses premiers pas, se retenant à tous les objets qui se présentent ; elles posent le pied en dehors, rarement en dedans

comme le n° 64), le corps est fort agité, il oscille, le bassin surtout décrit des mouvements de latéralité très-frappants.

Parmi les malades qui marchent, quelques-unes peuvent encore parcourir une assez grande distance. D'autres ne peuvent faire qu'une dizaine de pas, et la force les abandonne, malgré leurs efforts, puis elles glissent à terre ou s'assoient, comme si elles n'avaient qu'une certaine quantité d'influx nerveux à dépenser (n°s 57, 59). En effet, ce qui tend à le prouver, c'est la force nouvelle de refaire quelques pas qu'elles puisent dans le repos d'un court instant, c'est aussi l'épuisement plus rapide des forces coïncidant avec de plus violents efforts ; cela arrive surtout quand les malades lèvent le pied pour gravir un escalier.

2° Il est d'autres malades pour qui la progression est possible si on les soutient légèrement de chaque côté. Pour celles-ci la marche est impossible, mais elles peuvent encore se supporter sur leurs membres raidis, si elles se tiennent à quelque chose avec les mains; pour celles-là la station verticale est impossible, les jambes se dérobent sous elles, je ne peux comparer cette flexion subite qu'à celle des jambes des marionnettes.

Au lit, les mouvements des jambes s'exécutent quelquefois avec une agilité qui étonne celui qui vient d'être témoin de l'impuissance dans la station verticale; sans qu'il en soit ainsi, il y a des cas où les pieds peuvent s'élever au-dessus du plan qui les supporte.

Enfin, on voit de ces paraplégiques, et c'est l'exception, qui ne peuvent même au lit exécuter le moindre mouvement, fût-ce d'un orteil (n°s 56, 69, 71).

Il est plus fréquent, que ne l'ont écrit quelques médecins, de voir les paraplégiques, pendant les accès convulsifs, agiter les membres paralysés avec la même vigueur que ceux qui ne le sont pas (n°s 54, 55, 61, 63, 64).

Les deux membres pelviens sont dans quelques cas affaiblis inégalement, l'un plus que l'autre. Si on fait marcher la

malade en la soutenant, on voit que le membre le plus faible traîne dans la progression, il sert seulement à donner le temps à l'autre, plus fort, d'exécuter son mouvement qui n'est pas encore terminé lorsqu'il fléchit. Quand cette inégalité d'impuissance existe, c'est le membre gauche qui est plus faible que le droit. Les malades des n°s 55, 59, 61, 62, 63 étaient dans ce cas : cette inégalité, dans la paralysie des deux membres pelviens, persiste souvent, elle peut disparaître et le droit devient plus tard aussi faible que le gauche (n° 61), quelques malades, avant la paraplégie, commencent par boiter (1).

Les membres paralysés sont souvent le siége de douleurs, tantôt vives et aiguës, tantôt sourdes ; ces douleurs sont plutôt générales que limitées à un trajet nerveux : elles ont été profondes, ostéocopes, nocturnes (n°s 67, 69). Elles ont eu leur siége dans les articulations chez la malade n° 64, et chose remarquable, elles ont peu à peu fait place à la paralysie, pour disparaître quand celle-ci fut complète (n° 74). Il y a aussi des fourmillements, quelquefois insupportables, qui peuvent devancer la paralysie. Les malades éprouvent un sentiment de froid qui coïncide dans certains cas avec un abaissement réel de la température ; une sensation de brûlure peut précéder le froid, comme l'a éprouvé le n° 67, la peau est plus sèche, un peu plus pâle que d'habitude.

(1) Ce n'est pas toujours à l'impuissance musculaire qu'il faut attribuer la paraplégie. Différentes causes peuvent s'opposer à la station.

Il est des malades qui ne peuvent se tenir debout, non que les muscles ne puissent agir assez énergiquement, mais parce que l'action réflexe produite par le contact du sol, et la contraction musculaire qui la suit leur cause une douleur déchirante dans les aines surtout à gauche. Le n° 61, dès qu'elle mettait le pied à terre en descendant de son lit, ressentait dans l'aine une douleur si intolérable qu'elle tombait à terre ; cependant elle contractait ses muscles et remuait facilement ses membres.

M. Ernest Goupil, en présence des faits de ce genre, avait pensé à classer les paraplégies hystériques de la manière suivante :

1° La paraplégie hystérique simple par suite de faiblesse musculaire ;

2° La paraplégie hystérique causée par l'extrême douleur que produisent les mouvements et l'action reflexe ;

3° La paraplégie hystérique, par insensibilité musculaire comme le n° 57. (Voir *Conscience musculaire*, pag. 220.)

b. La *nutrition* n'est pas altérée dans les membres paralysés, malgré une durée quelquefois de plusieurs années de la maladie. Quand la paraplégie est trop récente, comme dans l'exemple 70 où elle n'a duré que dix-huit jours, ce caractère n'a pas grande signification. L'embonpoint, les saillies musculaires, les formes se sont conservées naturelles chez 16 malades sur 21, 4 fois il y a eu un peu de maigreur avec flaccidité des muscles.

Il est rare d'observer des *secousses contractiles* comme chez le n° 67, et assez fortes pour réveiller la malade (n° 69).

Ce n'est pas non plus chose commune qu'un *tremblement général* de tous les membres qui les fait s'entre-choquer. Dès que la malade du n° 65 quittait le lit pour s'asseoir sur une chaise, ses jambes s'éloignaient et se rapprochaient, ses bras venaient se choquer sur sa poitrine; ces mouvements, qui avaient quelque ressemblance avec la chorée, en différaient par la continuité et l'égalité. Dès qu'on la recouchait, cette agitation ne tardait pas à se calmer, ce phénomène a duré trois mois.

Un tremblement aussi général a agité pendant sept mois, même au lit, la malade du n° 61, dès qu'on la touchait, ou dès qu'elle éprouvait la moindre émotion.

c. La *contracture* doit être aussi rangée au nombre des symptômes exceptionnels, je n'en ai observé que deux exemples; c'est à la suite d'accès convulsif qu'elle s'est déclarée. Elle peut se fixer indifféremment sur les membres paralysés, ou sur ceux qui ne le sont pas. Elle peut être générale ou se borner à un membre. Elle s'accompagne de douleur et de fatigue : une fois elle a siégé dans le bras gauche (n° 57), elle a persisté pendant 8 jours, l'intervalle de deux attaques ; l'accès suivant a rendu aux muscles leur relâchement naturel ; l'autre fois elle a cessé graduellement d'elle-même le lendemain (n° 63, contracture générale), cette contracture s'est faite dans l'extension.

d. Intermittences. La paraplégie hystérique est fréquemment sujette à des alternatives d'augmentation et de diminution. De

même que nous verrons plus loin ces variations surtout remarquables pour la *paralysie du sentiment* dont les nuances changent d'un moment à l'autre, et ont mérité le nom d'*accidents protéiformes* à cette mobilité si singulière de l'analgésie, de l'anesthésie, de l'hyperesthésie ; de même aussi les troubles de la mobilité, quoique à un moindre degré, semblent avoir la même instabilité, c'est-à-dire que dans la marche de ces paraplégies nous les verrons souvent disparaître et reparaître tour à tour avec des intensités variables, céder au traitement pour quelque temps et revenir sous l'influence de l'état hystérique qui ne s'efface que difficilement.

Cette intermittence de force et de faiblesse est plus ou moins tranchée : tantôt c'est un retour brusque de la paralysie succédant à un état des forces presque normal, tantôt c'est une simple oscillation entre une faiblesse moindre et une faiblesse plus grande.

Les rechutes peuvent être considérées comme des intermittences, seulement elles sont plus caractérisées, puisque la rechute suppose une guérison antérieure. Plusieurs mois (nº 59), plusieurs années (nºs 56, 62), peuvent s'écouler entre la guérison et la rechute.

Ces intermittences sont sous l'influence des mêmes causes que le début primitif : les chagrins, la colère, les cauchemars, une digestion difficile, la fatigue, des vomissements, une hémathémèse, une perte de sang par le rectum, l'époque menstruelle. Les accès convulsifs, ainsi que nous l'avons dit, exercent une action remarquable, et chose singulière mais difficile à expliquer, un accès convulsif peut avoir cette influence, et les accès suivants n'en exercer aucune.

En somme, il est fréquent, l'une de ces causes agissant, de retrouver au lit une malade qui, à la visite de la veille, marchait assez bien.

Il n'est pas sans intérêt de citer quelques exemples de ces alternatives, un, entre autres, dans lequel plusieurs causes ont tour à tour enlevé à la malade la faculté de marcher. Le

n° 54, le lendemain d'un cauchemar effrayant, éprouve une grande faiblesse, quand la veille elle parcourait l'hôpital ; plus tard, c'est une longue attaque convulsive qui la force à se traîner sur les genoux. Une troisième fois, c'est une vive contrariété qui amène d'abord quelques symptômes d'asphyxie. De plus, elle eut une rechute sérieuse après une guérison de quatre mois.

Une malade (n° 65), pendant une année, présenta dix fois de curieuses alternatives le lendemain des époques menstruelles ; la paralysie qui la forçait de garder le lit durait quatre ou cinq jours, puis la malade était sur pied le reste du mois. Quelques années plus tard, lorsque je la revis, elle eut encore quelques alternatives semblables. Ce qu'il importe de noter (sans entrer dans de plus grands détails), c'est que 8 malades sur 21 ont eu des alternatives ; une seule en a eu quatorze (n° 65), une autre quatre ; il y a eu en outre 5 rechutes. Quand il y a rechute, la forme de la paralysie est la même ; elle présente la même intensité et les mêmes caractères que elle qui a précédé.

e. Coïncidences d'autres paralysies musculaires :

1° La paraplégie succède quelquefois à la paralysie générale ; il en a été ainsi pour le n° 71, qui, prise de paralysie, n'eut plus, au bout de trois jours qu'une paraplégie complète du sentiment et du mouvement.

2° On voit aussi la paraplégie exister en même temps qu'une faiblesse d'un bras, presque toujours le même n°s 61, 68).

3° *Le rectum* est très-rarement paralysé ; pas une malade n'a éprouvé d'incontinence des matières fécales. La constipation, en revanche, est très-commune, j'en ai donné le chiffre précédemment ; mais les femmes y sont généralement prédisposées, en dehors de toute complication de paralysie.

La vessie a plus rarement perdu de son ressort qu'on ne semble le penser, et, quand cela arrive, c'est un phénomène passager. Le n° 64 a eu une seule fois un peu de paresse et de difficulté ; on a introduit une sonde qu'elle a sentie au passage.

Le n° 63 a été vingt-quatre heures sans éprouver le besoin, quoique la vessie fût pleine; au bout de ce temps elle a uriné naturellement. La même chose est bien arrivée au n° 55, mais c'est pendant une syncope qui a duré vingt-quatre heures.

Le n° 67 avait une rétention d'urine causée par un allongement du col de l'utérus qui venait comprimer l'urèthre.

Le n° 72 seul a eu une paralysie de vessie qui a duré trois mois.

Enfin, la paraplégie peut être remplacée par une paralysie plus ou moins étendue, plus ou moins grave. (Voir plus loin, à la Terminaison.)

PARALYSIE DE LA SENSIBILITÉ SUPERFICIELLE ET PROFONDE. — TROUBLES DES ORGANES DES SENS.

La paraplégie du mouvement chez les hystériques s'accompagne *toujours* de paralysie de la sensibilité générale, ou localisée, et *très-souvent* aussi de troubles des autres organes des sens que le toucher.

a. Pour bien comprendre quels sont les changements pathologiques qui se sont manifestés dans la sensibilité chez nos hystériques, et ceux qui s'observent chez les malades de ce genre, il est de toute nécessité de prendre pour terme de comparaison, la sensibilité à l'état normal.

Mais par malheur il n'existe pas sur les différentes nuances de la sensibilité, d'opinion généralement admise qui fasse loi. Les études physiologiques et pathologiques ne font pas défaut; au contraire; mais ce qui prouve la difficulté de ce point d'observation, c'est qu'elles n'ont pas eu pour résultat la même manière de voir. Après avoir exposé en quelques mots les diverses et principales interprétations du tact, je donnerai celles que l'observation m'a fait adopter, afin que le lecteur puisse se placer à mon point de vue.

Certains physiologistes ont trop simplifié, les autres trop compliqué, les sensations du tact, il en est qui ont évité ces

deux excès, qui ont su faire rentrer dans des sensations types, d'autres perceptions qui n'en étaient que des dérivés.

Haller, Richerand, admettaient, que la peau, dans toute région, jouit de la faculté d'apprécier toutes les propriétés des corps.

M. le professeur Gerdy reconnaît un grand nombre de sensations tactiles distinctes pour chaque impression différente.

Pour M. Longet (*Phys.*, t. II, p. 174) il y a trois sensations, *de contact*, de *résistance* et de *température*, mais il n'admet pas l'existence de nerfs sensitifs spécialement destinés à percevoir l'une ou l'autre de ces différentes sensations. L'abolition du sentiment de contact cause nécessairement celle de sensation, de douleur et de température.

M. Beau (1) a le premier attiré l'attention sur deux principales sensations, le contact (æsthésie), la douleur (algésie).

Un de mes confrères et condisciples, M. O. Landry, dans un travail plus récent (2), admet trois sensations types, une de *douleur*, une de *contact* et une de *température*.

Pour moi, malgré une observation minutieuse, je n'ai pas rencontré de faits qui m'aient permis d'affirmer que la peau possède des nerfs destinés exclusivement à apprécier la température, ou en d'autres termes, des malades qui aient conservé la sensation de la chaleur au-dessus et au-dessous de zéro, après la perte du sentiment de contact et de douleur.

Cependant le travail de M. Landry, dont je viens de parler, est fort intéressant, à ce double point de vue, qu'il analyse clairement les sensations tactiles déjà connues et qu'il appelle l'attention sur une propriété déjà signalée, mais mal interprétée jusqu'alors, la sensibilité spéciale d'action musculaire, qui réside dans les muscles (il en sera question plus loin après la sensibilité cutanée). Cette propriété est incontestable ; j'ai

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. XVI, 4e série, 1848 : Recherches cliniques sur l'anesthésie.

(2) *Arch. gén. de méd.*, juillet, août 1852 : Recherches sur les sensations tactiles.

eu sous les yeux des exemples qui ne laissent aucun doute, et qui ont servi de base à une opinion semblable émise sous une forme un peu différente, par M. Duchenne, de Boulogne.

b. Revenons à la sensibilité cutanée. Les deux sensations que nous regardons comme types sont celle de contact et celle de douleur : Que le contact se prolonge, il y a un travail réflexe de l'encéphale qui saisit des perceptions raisonnées, dérivées de la sensation spéciale primitive.

Si donc je prends pour exemple la sensation spéciale de contact ; le cerveau pourra prendre connaissance de l'impression directe et porter un jugement sur les différentes perceptions, telles que le frémissement, les vibrations, le chatouillement, la résistance, la consistance, le poli, la rugosité, l'étendue en surface (j'écarte à dessein l'épaisseur, la forme et le poids, que les muscles aident à reconnaître). Il y aura confusion, si on a le tort (comme je l'ai déjà dit), d'ériger en sensations tactiles spéciales toutes ces différentes *appréciations*, qui ne dérivent que d'une sensation primitive, le tact.

Cette différence, qu'il est nécessaire d'établir entre la sensation primitive, et la perception raisonnée y a été sentie par la plupart des physiologistes. M. Landry, dans son mémoire, a insisté longuement et d'une manière intéressante sur les sensations spéciales et dérivées, en s'appuyant sur des exemples habilement présentés. On doit, dit-il, donner le nom de sensation « à la perception non raisonnée des modifications spéciales que les agents extérieurs impriment aux nerfs du sentiment. »

On est convenu d'appeler anesthésie l'absence de sensation de contact, et analgésie l'abolition de celle de la douleur.

1° L'observation montre que la paralysie hystérique est *toujours* accompagnée d'un trouble plus ou moins étendu de la sensibilité, mais rien de plus changeant, de plus irrégulier, que ses manifestations, aussi cette existence constante de l'insensibilité d'une région de la peau plus ou moins étendue est-elle le seul fait qu'on puisse regarder comme une loi.

Parmi nos malades, il y en a un petit nombre chez lesquel-

les un examen assez attentif n'avait pas d'abord montré d'insensibilité, ce n'est qu'en y revenant que j'ai découvert une région très-limitée insensible, comme la conjonctive et la cornée du côté gauche, qui étaient anesthésiées (nos 60 et 67), chez la dernière malade il y avait un peu d'analgésie du cou et des épaules.

Cette anesthésie de la conjonctive et de la cornée gauche est si fréquente qu'elle peut être à bon droit considérée comme un signe distinctif de la paralysie hystérique : 15 malades sur 21 ont présenté ce phénomène, chez les 5 autres on ne s'est pas inquiété de son existence.

2° Les régions paralysées sont frappées ou d'anesthésie seule ou d'analgésie seule, souvent aussi de paralysie complète du sentiment, c'est-à-dire qu'elles sont atteintes d'analgésie, et d'anesthésie tout à la fois. Dans certains cas, on observe l'hyperesthésie (exagération douloureuse de la sensibilité).

Il est difficile et d'une médiocre utilité de décider laquelle de ces formes de paralysies du sentiment est la plus commune.

Les changements continuels qui s'opèrent dans l'état de la sensibilité sous l'influence de la moindre cause, pour le moindre motif, viennent encore augmenter cette difficulté. Cependant je dirai, sans faire de ces chiffres autre chose qu'une remarque, que j'ai 2 fois rencontré l'anesthésie et l'analgésie existant à la fois sur une même région cutanée, et 1 fois ce singulier phénomène (n° 55), savoir l'anesthésie et l'analgésie existant en même temps à la face et l'analgésie seule sur la cuisse et la jambe droite.

J'ai trouvé 5 fois l'anesthésie seule, 3 fois l'analgésie seule.

L'hyperesthésie cutanée occupant une large surface est plus rare. M. Vigla (Obs. 70) indique seulement que le malade avait une exagération de la sensibilité : l'hyperesthésie de certains points fixes de la peau est au contraire communes surtout à la gouttière vertébrale gauche (j'en ai parlé longuement à propos des points hyperesthésiques et de la rachialgie).

3° Quelques mots *sur la mobilité de la sensibilité.* La myotilité, nous l'avons vu, augmente ou diminue manifestement : ici c'est une transformation complète pour rien, ou pour un malaise, à la suite d'un vomissement, d'une contrariété, etc. ; tantôt c'est une anesthésie locale qui, en quelques instants, envahit tout le corps, tantôt les régions qui ont conservé une sensibilité normale changent de place, et la sensibilité se perd là où elle existait, pour se rétablir ailleurs. Tantôt l'analgésie vient s'ajouter à l'anesthésie, et *vice versa;* tantôt un membre seul, étant complétement insensible, en quelques heures toute la moitié du corps du même côté est affectée de la même manière (n° 58), etc.

Un traitement de plusieurs séances d'électricité localisée avait rendu la sensibilité naturelle dans plusieurs régions (n° 68), une attaque a suffi pour faire perdre aussitôt à la malade l'amélioration obtenue en plusieurs semaines.

L'insensibilité des muqueuses est aussi d'une mobilité très-remarquable. Ce sont les malades des n°s 54, 56, 58, 63, 64 et 68 qui ont été soumises aux variations de la sensibilité les plus frappantes.

4° Dans cinq exemples (n°s 54, 56, 57, 63, 64) il y a eu paralysie générale du sentiment.

Une fois (n° 54), analgésie seule de toute la surface tégumentaire cutanée et muqueuse, le menton et l'extrémité du nez exceptés.

Une fois (n° 64), il y avait anesthésie générale des muqueuses et de la peau, le sein gauche excepté.

Dans les trois autres exemples, l'anesthésie et l'analgésie avaient marché de front.

Une malade, n° 63, avait conservé le sentiment sur les deux mamelons ; l'insensibilité, complète chez une autre (n° 57), n'était pas bornée à la peau, toutes les parties sous-jacentes jusqu'au périoste étaient insensibles. (Voir plus loin, Insensibilité musculaire, p. 220.)

5° La paralysie du sentiment ne s'étendant pas à tout le

corps, l'observation ne permet pas d'admettre que l'insensibilité frappe de préférence certaines régions, les membres paralysés du mouvement par exemple.

Il y a tout aussi souvent hémiplégie que paraplégie de la sensibilité.

Quatre malades ont une paraplégie du sentiment avec analgésie et anesthésie (n°s 62, 66, 71, 72) : cette insensibilité est mal limitée, elle s'étend plus haut d'un côté que de l'autre, ou elle s'arrête au milieu des cuisses, ou elle monte jusqu'à l'aine et au grand trochanter, ou bien et plus rarement jusqu'à l'ombilic.

Trois malades ont eu un seul membre insensible : deux fois le gauche, avec analgésie (n° 55), avec anesthésie (n° 59); une fois le membre droit a été complétement insensible (n° 58).

L'hémiplégie du sentiment s'est aussi montrée chez trois individus (n°s 61, 68, 73) du côté gauche seulement : deux fois avec anesthésie de la peau et des muqueuses, le troisième cas avec insensibilité complète.

Enfin, la sensibilité peut n'être altérée que dans une région limitée, comme la cornée, le cou, les épaules, la poitrine.

J'ai fréquemment fait la remarque, que sur les membres atteints d'insensibilité, c'est la région externe qui est la plus insensible et le plus tôt frappée.

6° L'insensibilité des muqueuses présente quelques particularités qu'il est bon de noter ; je citerai par exemple à la tête, les muqueuses oculaires, nasales, linguales, buccales, qui (à part le trouble du sens qui s'y rattache), sont quelquefois anesthésiées, rarement insensibles à la douleur.

La muqueuse de la vulve est aussi souvent anesthésiée ; cette anesthésie peut s'étendre plus profondément dans l'urèthre et la vessie ; il est des malades qui urinent naturellement, l'envie se fait sentir, elles y cèdent, mais elles ne sentent pas s'écouler le liquide.

L'anesthésie s'étend aussi jusqu'au vagin ; chez une ma-

lade (n° 64) il était analgésique au plus violent pincement d'ongle.

L'insensibilité la plus complète de toutes ces parties n'abolit pas nécessairement la sensibilité spéciale de l'organe érectile ; M. Goupil et moi, nous avons observé le fait chez la malade du n° 57, chez laquelle la membrane hymen existait. A l'insu de cette jeune fille, devant les yeux de laquelle on plaçait un écran, la main était portée jusqu'à l'organe érectile qui se tuméfiait d'une façon significative. Cependant la malade ne se doutait nullement de l'acte qui s'accomplissait : en effet, une fois, pour nous assurer de son ignorance complète, nous avons levé la couverture et dévoilé ses yeux, la rougeur de sa figure a témoigné assez clairement de la surprise qu'elle éprouvait à la vue de la région que touchait la main.

J'ai vu il y a quelques années, une malade dans le même cas, avec M. le docteur Leudet, alors interne de M. Gendrin.

a. INSENSIBILITÉ DES PARTIES PROFONDES. — *b*. SENSATION D'ACTIVITÉ MUSCULAIRE, SENS OU CONSCIENCE MUSCULAIRE.

a. L'insensibilité des parties profondes des membres, situées entre la peau et le périoste, a été signalée depuis assez longtemps, mais l'observation n'en avait tiré aucune conséquence pathologique.

Cette insensibilité altère, comme pour la peau, les sensations soit tactile, soit douloureuse, ou bien les unes et les autres : dans ce dernier cas d'insensibilité complète, on peut traverser toute l'épaisseur d'un membre jusqu'au périoste, sans causer la moindre douleur. La peau en pareille circonstance participe à l'insensibilité sur une grande étendue.

Pareils exemples se rencontrent rarement, mais une fois leur physionomie suffisamment connue, ils ne peuvent passer inaperçus, tant leurs caractères sont remarquables.

La jeune malade du n° 57, a été un tableau frappant qui a servi d'étude à d'excellents observateurs, tels que M. Briquet, M. Gubler, M. Duchenne, M. Goupil, etc.

Voici en quelques mots les changements que cette anesthésie musculaire a causés dans les mouvements de cette malade, et ceux qu'elle produit chez tous ceux qui en sont affectés.

1° *Les membres* peuvent exécuter tous les mouvements *naturels* avec assez de facilité, *mais à la condition que le malade ne les perd pas de vue.*

2° Si le malade se trouve dans l'obscurité, ou si l'on vient à lui cacher les yeux pendant que les membres sont en action, le mouvement s'arrête aussitôt malgré les efforts très-énergiques de l'individu.

3° Alors la contraction musculaire persiste quelque temps et il faut déployer de la force pour la combattre.

4° On peut aussi, à l'insu du malade (toujours s'il ne regarde pas), changer ses membres de place, les agiter et les frapper.

5° Le malade, s'il regarde, n'est pas maître de calculer la force qu'il emploie d'après la résistance qui lui est opposée.

6 Ces membres insensibles à la douleur traumatique sont quelquefois le siége de douleurs intolérables qui troublent le sommeil.

M. le docteur Duchenne, de Boulogne (1), fit chez la malade n° 57, une expérience ingénieuse pour arriver à savoir si cette suspension de l'action motrice volontaire, dépendait d'un état pathologique des centres nerveux ou des organes périphériques ; et dans ce cas, si elle était due à une altération de la sensibilité cutanée ou des propriétés musculaires.

Pour arriver à son but, il rendit la sensibilité à la peau d'un membre (l'avant-bras gauche) au moyen du balai électrique en laiton, et la malade ne put cependant exécuter les mouvements sans le secours de la vue. Puis, sur l'avant-bras droit dont il laissa l'insensibilité cutanée dans son état morbide ac-

(1) *De l'électricité localisée;* Duchenne, 1855, p. 420.

tuel, il dirigea l'excitation électrique sur les muscles, qui purent alors exécuter, mais péniblement il est vrai, leurs mouvements sans le secours de la vue.

Un changement singulier s'est fait dans l'état de cette malade, elle est devenue plus faible à mesure que la sensibilité musculaire se rétablissait par l'excitation électrique.

En d'autres termes (avant le traitement galvanique), elle avait une certaine force, et de la précision dans l'accomplissement des mouvements, quand la vue dirigeait l'acte, et sans la vue elle restait dans l'immobilité complète ; après quelque temps de traitement, le mouvement put s'exécuter, il est vrai, mais faiblement avec ou sans le secours de la vue, ce quelle avait gagné d'un côté elle l'avait perdu de l'autre. Plus tard elle a guéri.

Historique. Cette découverte de l'insensibilité musculaire a de l'importance en pathologie : plusieurs auteurs se l'attribuent.

L'équité veut que l'on rende à chacun ce qui lui appartient, c'est le but du court historique qui va suivre.

M. Landry le premier a signalé à l'observation et étudié les troubles de la motilité qu'entraîne la perte de la sensibilité musculaire ; mais il ajoute que M. Sandras, dans le service duquel il était alors interne, avait depuis longtemps connaissance de faits semblables.

M. Duchenne, comme je viens de le dire, avec un esprit remarquable d'investigation, a complété cette étude par des expériences galvaniques nouvelles et intéressantes.

Il en a publié le résultat en s'attribuant l'idée première, ce que l'on ne peut s'expliquer (l'honorabilité de son caractère étant connue) que parce qu'il n'avait pas eu connaissance de ce qui avait été publié auparavant sur le même sujet.

Voici quelques dates : 1° En juillet 1852, M. Landry a fait paraître dans les *Archives de médecine*, un travail intitulé (*Recherches physiologiques sur les sensations tactiles*).

Dans ce travail il parle de la sensation d'activité musculaire,

du siége qu'elle occupe, c'est-à-dire si ce sentiment réside dans le cerveau, comme le pensent les uns, ou si, selon d'autres, il siége dans la périphérie nerveuse qui apprécie l'impression de la contraction musculaire ; *il la place dans le tissu musculaire lui-même,* opinion que Muller (*Physiol.*, t. II, p. 480) était bien près de partager.

Puis il admet la *suppression de l'appréciation des actions musculaires*, et donne à l'appui de son opinion trois observations prises à *Beaujon;* ces trois malades ont présenté *identiquement* les *mêmes* phénomènes que la malade du n° 57, que M. Duchenne a prise pour exemple.

Il conclut en disant, qu'il réside dans le tissu musculaire lui-même, une sensation spéciale d'activité, qui peut être abolie par l'insensibilité de ces parties et entraîner des troubles frappants.

Le 4 décembre 1853, M. Gubler, qui avait eu l'occasion d'étudier ce genre de paralysie, remarque avec M. Briquet chez la malade du n° 57 la corrélation de la vue avec le mouvement.

Le 11 décembre 1853, en ma présence, M. Gubler, médecin des hôpitaux, et M. Goupil interne du service, font remarquer à M. Duchenne l'absence de la motilité quand elle n'est pas secondée par la vue.

Le 20 décembre 1853, M. Duchenne adresse à l'Académie de médecine (*Union médicale*, 22 décembre 1853, p. 607) un mémoire intitulé : *Recherches..... sur la sensibilité musculaire*, dont voici les conclusions :

« Il paraît exister un sens qui siége dans le muscle et qui
« sert à l'accomplissement de la contraction musculaire vo-
« lontaire, etc... Je me propose de l'appeler *sens* musculaire.

« Il ne faut pas confondre le *sens* musculaire qui, dans
« l'acte des mouvements volontaires, semble précéder et dé-
« terminer la contraction avec la sensation qui donne la
« conscience de la pesanteur, de la résistance, et a été juste-
« ment appelée par M. Gerdy, sensation d'activité muscu-

« laire. Cette dernière est le résultat ou le produit de la con-
« traction musculaire. »

Sans aller plus loin, j'insisterai pour faire remarquer à M. Duchenne que, s'il appelle *sens* musculaire une sensation qu'il dit nouvelle, la même que M. Landry appelle, comme M. Gerdy, sensation d'activité musculaire, cela n'empêche pas que dix-huit mois auparavant, M. Landry ne l'eût, comme lui, placée dans le muscle et qu'il ne soit arrivé, comme lui, aux mêmes conclusions et à la même description des phénomènes.

Un mot encore, et j'ai terminé.

En 1835, M. Duchenne, dans un grand travail (*Électricité localisée*, *p.* 410 *et suivantes*), reparle de cette insensibilité propre aux muscles, mais l'appelle *conscience musculaire*, et dit, page 414, qu'il ne faut pas la confondre avec ce que M. Bell appelle *sens* musculaire. Mais le mot *sens* est la première dénomination dont M. Duchenne s'est servi dans sa communication à l'Académie, et dont il ne dit pas un mot dans son livre.

Sur les trois exemples qu'il rapporte, deux sont des notes très-incomplètes ; le troisième, seul très-remarquable, est celui de la jeune fille que j'ai relatée sous le n° 57, en présence de laquelle il ne s'est trouvé que le 8 décembre 1853.

C'est donc à MM. Sandras et Landry que reste le titre de priorité.

Dans cet historique je n'ai eu que le désir d'exposer la vérité nue, dans le but de ne pas imiter certains écrivains, dont l'indifférence et l'injustice en matière de propriété scientifique, a atteint cruellement des hommes de mérite.

b. Les troubles des organes des sens sont assez fréquents dans la paralysie hystérique pour être mis au rang des signes pathognomoniques ; un seul *sens* peut être altéré, mais il arrive plus souvent que plusieurs le sont, tous même peuvent l'être à la fois. La vue, si je m'en rapporte à ce que j'ai observé chez les hystériques en général et chez nos paraplégiques en

particulier, a été plus souvent atteinte que les autres sens.

Le sens troublé n'est pas toujours frappé d'impuissance, c'est plus ordinairement un simple affaiblissement plutôt qu'une perte totale des fonctions. Ce trouble présente des *alternatives* frappantes, comme tous les phénomènes nerveux de cette maladie que nous venons de passer en revue. Tantôt c'est une abolition complète qui succède à une simple faiblesse, ou qui vient tout à coup sans prélude ; tantôt c'est un rétablissement naturel du sens qui s'effectue, et qui persiste sans autre accident ; souvent aussi la perte des fonctions d'un organe remplace le rétablissement d'un autre. L'affaiblissement ne se fait pas sentir également des deux côtés, c'est surtout à gauche qu'il se produit.

15 malades sur 21 ont présenté des troubles du côté des organes des sens répartis ainsi qu'il suit :

9 fois une altération de la vue (5 fois surtout à gauche);

7 fois une altération du goût (nos 54, 55, 57, 63, 68, 72, 73);

6 fois une altération du toucher (nos 57, 58, 61, 64, 68, 72);

5 fois une altération de l'odorat (nos 55, 64, 68, 72, 73);

5 fois une altération de l'ouïe (nos 61, 63, 69, 72, 73).

De plus longs détails sur ce sujet sont inutiles ; le trouble de la vision seul mérite une remarque particulière ; la cécité peut être assez complète dans l'hystérie, pour être prise pour une amaurose ; la seule différence, c'est que les anneaux lumineux ou phosphènes de M. Serres, se manifestent encore dans l'hystérie quand on comprime le coin de l'œil dans l'obscurité (1).

LA DURÉE de cette espèce de paraplégie est très-variable.

(1) M. Serres, d'Uzès, a donné le nom de phosphène (de φῶς, lumière, et de φαίνω, je parais), à un phénomène de vision qui se manifeste par l'apparition dans l'œil d'une image lumineuse annulaire, quand ce dernier est pressé à travers les paupières par la pulpe du doigt. — Ce phosphène prend la forme du corps qui le produit, rond avec la pulpe du doigt, demi-

Comment en effet assigner des limites fixes à une affection qui peut durer dix-huit jours seulement, comme chez le malade du n° 71, ou qui persiste quatre ans, comme le n° 61 en est un exemple? Les prédispositions, l'intensité, la forme de l'hystérie et la nature des traitements employés, peuvent avoir sur la rapidité de la guérison, la plus grande influence, mais la durée dépend aussi de l'époque à laquelle la malade a réclamé les secours de la médecine : car plus on a tardé à traiter ces paraplégies, moins rapide sera l'action de la thérapeutique. Nous dirons avec les auteurs du Compendium de médecine que, la longue inaction du centre rachidien, arrivée à une certaine limite de durée, peut avoir produit un désordre anatomique, peut-être l'atrophie des organes nerveux (comme je l'ai dit en citant les paraplégiques de la Salpêtrière) ; de telle manière que la guérison ne peut plus s'opérer parce que l'influx nerveux ne peut plus les traverser.

		Numéros.
La durée a été	une fois de 4 ans............	61
	— 3 ans............	64
	deux fois de 2 ans	56, 72
	une fois de 20 mois.........	57
	— 16	55
	— 15	63
	— 14	67
	— 12	62
	— 11	60
	— 10	68
	— 7	55, 65
	— 6	56
	— 4	55, 58, 59, 70
	— 3	62, 69
	— 2	73
	— 18 jours.........	71
	Durée incertaine............	66, 74

Dans ce tableau, les numéros de quelques malades sont ré-

circulaire avec le bord arrondi de l'ongle, triangulaire, carré, suivant que l'instrument servant à l'expérience a l'une de ces formes. Dans la paralysie incomplète de la rétine, le phosphène est incomplet. Quand la paralysie est complète, le phosphène ne se forme pas, non plus que dans l'amaurose. Dans la cécité qui accompagne l'hystérie, au contraire, ce phénomène est très-évident. Cette différence peut, dans quelques cas douteux, venir en aide au diagnostic.

pétés parce que après une guérison manifeste elles ont eu une rechute. J'ai observé que la récidive a beaucoup moins duré que la maladie primitive.

La terminaison de cette paraplégie est presque toujours heureuse, et dans le très-petit nombre des cas où le rétablissement de la santé n'a pas lieu, ce n'est pas la mort qui est à craindre, mais une autre paralysie qui peut succéder à la première, ou peu sérieuse, comme une hémiplégie, une paralysie des membres supérieurs, etc.; ou très-redoutable, comme une paralysie du diaphragme. En quelques heures, la paraplégie du n° 62 a été remplacée par une paralysie du pharynx, du larynx, de l'œsophage, et au bout de quelques mois, une paralysie du diaphragme avec suffocation s'est déclarée et a résisté à un traitement énergique. Malgré de nombreuses démarches je n'ai pu savoir ce qu'est devenue cette malade depuis qu'elle a quitté l'hôpital.

Jusqu'au mois d'avril de cette année 1855, je n'ai cessé de me tenir au courant de l'état des malades que j'avais suivies, aussi suis-je plus à même de parler de la terminaison qu'à l'époque où j'ai déposé ce travail à l'Académie, il y a trois ans.

La terminaison n'a pas été fatale une seule fois sur vingt-un malades, chez une seule, la paralysie rebelle du diaphragme s'est déclarée : la guérison a terminé tous les autres cas.

La marche que suit la maladie lorsque la guérison doit s'accomplir est très-variable ; en quelques heures certaines malades sont sur pied, le n° 56 guéri ainsi à deux reprises différentes ; pour plusieurs il a fallu quelques semaines. D'autres ne commencent à marcher péniblement qu'après quatre ou cinq mois de traitement, et la force ne revient que d'une manière lente et progressive.

On ne peut préjuger en rien la marche que peut affecter la terminaison, tant elle est irrégulière.

La terminaison s'est faite
- *brusquement*, sept fois (quelques heures, 18 jours, 20 jours, 3 semaines, 6 semaines),
- *très-promptement*, six fois;
- *progressivement*, une fois, 3 mois;
- *très-lentement*, quatre fois.
- Elle a été *incertaine* trois fois.

Pronostic. Cette affection ne met pas la vie en danger, mais si l'on considère sa durée, la gêne et la souffrance qu'elle cause (1), alors le pronostic doit être posé avec une certaine réserve, car la paralysie peut, quoique très-exceptionnellement, persister toute la vie, mais sans pour cela apporter grand changement dans la santé.

Dans le cas de durée ancienne le rétablissement des fonctions motrices, et sensitives, se fait difficilement, et très-lentement; la guérison devient impossible quand la longue inaction du centre nerveux est suivie d'atrophie.

Diagnostic.

Dans le rapide exposé des symptômes que je viens de parcourir, j'ai signalé en passant les nombreux signes qui donnent du caractère à l'hystérie et aux paralysies qui la compliquent.

Le diagnostic peut, au premier abord, sembler facile à porter, il est cependant des exemples, où l'on n'y arrive qu'après hésitation, même si l'on a présents à la mémoire, tous ces différents signes caractéristiques auxquels je viens de faire allusion (n'avons-nous pas vu des médecins fort habiles et s'étant occupés spécialement des maladies nerveuses, hésiter sur la nature de la paraplégie chez les malades des n°s 59, 60, 65)?

L'hystérie n'a pas toujours un cortége bruyant d'accidents pénibles pour les malades comme pour le spectateur. —L'état nerveux, ou la forme hystérique sans convulsion, n'est quel-

(1) On compte les exemples de terminaison fatale, survenus chez les hystériques, dans lesquels la mort a été causée par les accidents nerveux de cette maladie.

quefois accusé, comme je l'ai dit, que par des phénomènes si différents, que toutes les questions à cet égard restent sans réponse satisfaisante. Je n'insisterai pas ici sur ce que tout médecin sait comme nous : qu'un peu d'oppression au creux épigastrique avec quelques bâillements, que de rares vomissements, ou bien un peu de malaise avec pandiculation, que des borborygmes et des spasmes constituent quelquefois les seuls accidents nerveux de l'hystérie.

Pour peu qu'avec cet état nerveux latent, il y ait amaigrissement et insensibilité des membres paralysés, du froid, de la sécheresse de la peau, de la paralysie de vessie, enfin de la rachialgie, c'est-à-dire une douleur dans le dos, fixe et profonde ; la myélite est regardée comme certaine.

Les changements qui s'opèrent un jour ou l'autre dans les phénomènes nerveux viennent, il est vrai, tôt ou tard (comme cela a eu lieu chez les malades que j'ai cités) éclairer le diagnostic ; une observation attentive des habitudes de la malade, fournira l'occasion de la surprendre, dans un moment, ou dans un autre, en proie à l'état nerveux, mais pour ne pas attendre des mois peut-être, il faut aussitôt :

1° Rechercher ailleurs que sur les membres immobiles, un ou plusieurs points dont la sensibilité est abolie, ou exagérée ;

2° Se rappeler que presque toujours, en l'absence d'autres points anesthésiés, la cornée et la conjonctive de l'œil gauche sont insensibles ;

3° Se rappeler qu'on rencontre toujours des points hypéresthésiques au moindre contact, tantôt dans les régions ovariques, épigastriques, sous-claviculaires, et tantôt aussi, sous le sein gauche et derrière la tête. Dans le dos, à la pointe du scapulum, et dans la gouttière vertébrale, ce dernier point est presque constant ; il ne faut pas confondre la douleur qu'il cause, avec celle que l'on produit par la pression exercée sur les apophyses épineuses ;

4° Il faut constater la présence de troubles plus ou moins

manifestes des organes des sens, et quand il y a perte de la vue, d'un ou des deux côtés, s'assurer si les phosphènes se produisent encore ;

5° Noter si la paralysie motrice est sujette à des alternatives évidentes d'augmentation et de diminution, le plus souvent en rapport avec des émotions morales;

6° Enfin s'assurer, au moyen de l'excitation électrique, si les muscles se contractent : propriété contractile qu'ils perdent dans le ramollissement de la moelle.

Au moyen des symptômes que je viens de signaler, on finit toujours par reconnaître la paraplégie hystérique, si mal dessinée qu'elle soit ; les exemples aussi difficiles à juger sont heureusement rares.

L'erreur est au contraire probable dans les cas simples. Les accidents nerveux, cloniques, les troubles étendus du sentiment, ceux des organes des sens, etc., sont là pour attester de la nature de l'affection. Dans la paralysie hystérique la nutrition n'est pas altérée, les formes sont accentuées, parfois même l'embonpoint assez marqué, la peau est de couleur naturelle, elle est moins rose, la circulation est un peu moins active et la peau moins chaude et moins humide qu'à l'état normal, voilà tout.

Ce n'est pas seulement avec la paraplégie causée par la *myélite*, que l'on peut confondre la paralysie hystérique.

L'*anesthésie* ou l'hyperesthésie partielle n'occupant pas la totalité d'un membre, n'est pas le fait de la myélite, mais celui d'autres affections, qui entraînent des troubles de la sensibilité persistant plus ou moins longtemps et variant d'intensité.

L'anesthésie que M. Calmeil a observée chez les aliénés se reconnaît au trouble intellectuel.

La paralysie générale des aliénés commençant par les membres inférieurs, se distingue aussi par le trouble de l'intelligence (*la contractilité électro-musculaire est intacte comme*

dans l'hystérie (1), elle ne peut donc servir de démarcation). Mais l'embarras de la parole, les idées ambitieuses et le délire, sont plus que suffisants, car l'intelligence est naturellement développée chez les hystériques, elle n'est qu'exceptionnellement affaiblie quand les accès sont très-prolongés, qu'ils datent de longues années, et encore cela se borne-t-il souvent à un peu d'apathie, à un air endormi ou hébété, dont on peut les faire sortir.

Sur les 21 malades, pas une n'a eu de troubles cérébraux pendant l'existence de la paraplégie, mais 2 ont présenté *auparavant* des symptômes de cette nature.

Le nº 62, avant d'être paralytique, a été idiote dix-huit mois. Le nº 70, également avant, a perdu la raison toute une semaine, à la suite d'une frayeur qui fut suivie d'une suppression de règles. On ne doit pas considérer comme aliénation une maladie fébrile avec délire qui, chez le nº 71, a précédé la paralysie.

— Il n'y a pas de confusion possible entre la paralysie hystérique et la paralysie musculaire graisseuse progressive.

— L'*anesthésie* et la *paraplégie*, que l'on rencontre dans la grossesse, se distinguent d'elles-mêmes (je l'ai étudiée précédemment, pages 163 et suivantes, voir les exemples, pages 95, 96).

—L'*anesthésie*, que M. Beau a signalée dans l'embarras gastrique; celle de la fièvre typhoïde, de la fièvre synoque, est par la forme même de la maladie séparée de celle qui accompagne l'hystérie. Quant au scorbut, la pellagre et l'éléphantiasis des Grecs, qui entraîne aussi des troubles de la sensibilité, la dissemblance avec l'hystérie est telle, que toute distinction à cet égard est superflue.

La seule *anesthésie* qui peut réellement être confondue avec l'insensibilité hystérique, c'est l'anesthésie saturnine, mais les troubles de la myotilité sont bien différents : dans la paralysie

(1) *De l'électrisation localisée*, par M. Duchenne, de Boulogne, p. 602 et suivantes.

saturnine, les muscles extenseurs sont seuls frappés d'impuissance et leur contractilité électro-musculaire est lésée ou abolie.

Au chapitre des *Paraplégies saturnines*, qui sont extrêmement rares, je donnerai avec détails les caractères distinctifs de cette maladie.

Je considère la catalepsie, le somnambulisme, l'extase, comme différentes formes du même état pathologique (l'hystérie); je ne chercherai donc pas à établir de distinction entre les troubles du sentiment qui les accompagnent pendant et entre les accès.

Le traitement de cette paraplégie hystérique diffère essentiellement de celui que réclame une paralysie se liant à une myélite. La relation des histoires de nos malades, suffira amplement pour le prouver.

Sur 21 paraplégies hystériques, 8, au début, ont été traitées par le moxa, les cautères, les vésicatoires; soit que la maladie ait été prise dès l'origine pour une affection de la substance médullaire, comme cela a eu lieu à propos des malades nos 59, 60, 65 et 67, soit qu'on ait compté sur l'efficacité de ces exutoires; mais l'impuissance de cette thérapeutique d'une part, et de l'autre, dans le cas de forme douteuse, l'apparition de phénomènes nerveux importants sont venus, tôt ou tard, indiquer une nouvelle route à suivre.

Je rappellerai l'opinion émise par M. Briquet, qui regarde la chlorose comme nécessaire au développement de l'hystérie, et celle que j'ai avancée sur la chloro-anémie, que je regarde comme le premier degré de l'hystérie ; cette manière de voir aussi excluse, est basée sur l'existence constante de signes évidents de chloro-anémie chez toutes les hystériques que j'ai eu l'occasion d'observer.

— Le traitement que réclame la paralysie, n'aura d'effet qu'autant que cette altération de la constitution soit congénitale, soit acquise, sera aussi combattue. Les martiaux seront donc prescrits, mais non pas indifféremment. Je conseille de

préférence à toute autre préparation le *tartrate ferrico-potassique*; ce médicament, ainsi que je l'ai dit, page 179, est d'une absorption très-facile s'il est prescrit à haute dose, il est le seul dont l'usage soutenu ne cause pas d'excitation fébrile, de tiraillements d'estomac et de constipation. Nous avons noté que la défécation est rare et difficile chez toutes les hystériques et les paralytiques hystériques, sans qu'on puisse en accuser le fer; cette constipation devient souvent assez gênante pour aggraver les accidents nerveux. Autant que possible on tiendra le ventre en liberté par les purgatifs salins, et les résines; les lavements au sel gris sont très-actifs en même temps que toniques.

Chez les femmes de constitution épuisée, il sera prudent de commencer par une faible dose, aidée d'un régime analeptique sévère.

— Une petite digression sur l'opportunité du *fer* dans tous les cas de chlorose n'est pas hors de saison.

M. le professeur Grisolles, que j'affectionne et que je révère, ne voit aucun danger à prescrire le fer dans la chlorose compliquée de tubercules pulmonaires, il le regarde même comme utile; certes cette opinion est pour moi fort considérable. Mais M. le professeur Trousseau professe dans ses écrits et dans ses leçons une opinion dont il fait un article de foi. — Il y a peu de temps encore, dans une de ses cliniques, je l'ai entendu citer à ce sujet des exemples d'un intérêt saisissant et offrant un lugubre tableau des accidents de phthisie aiguë causée par le fer.

L'expérience ne tardera pas à éclairer ce point important et encore obscur de la thérapeutique, en tout cas, cette manière de penser, qui pour M. Trousseau est une profonde conviction, commande la prudence, et lorsque la tuberculisation sera à craindre, on débutera par de faibles doses en étudiant l'état de la respiration de la malade.

Dans certaines circonstances on est obligé de pratiquer quelques émissions sanguines locales malgré la chloro-anémie

et la nécessité d'enrichir les éléments constitutifs du sang. Des paraplégiques déjà en voie de guérison sont atteintes de nouveau par la paralysie aux époques menstruelles, soit qu'elles coulent, soit qu'elles fassent défaut; il se fait alors dans les méninges et le tissu médullaire une légère congestion sanguine que des ventouses scarifiées combattront avec quelque efficacité.

Une alimentation tonique et animalisée est de rigueur. Les préparations de quinquina, et de préférence l'extrait mou roulé dans du quinquina en poudre, sous forme pilulaire, sont préférables au vin de kina qui donne de la gastralgie; les frictions et les excitants cutanés concourront puissamment au rétablissement des forces de l'organisme, surtout si l'on peut procurer à la malade le repos de l'esprit, une habitation saine, l'insolation et le grand air. Dans la classe ouvrière on prescrira les bains fortement salés, et si l'on peut, les bains sulfureux artificiels. Dans la classe aisée on ordonnera le repos d'esprit, la distraction, les voyages, les eaux minérales sulfureuses naturelles.

Les sources sulfureuses sont très-nombreuses, surtout en France, et toutes passent pour avoir un effet curatif plus ou moins énergique sur les paralysies. Je laisserai aux médecins hydrologues des sources de cette nature, a décider laquelle ou lesquelles sont préférables. Comme excitantes, fortifiantes, toutes sont convenables, il faut seulement consulter la santé générale de l'individu que l'on dirigera vers les eaux afin de ne pas choisir une source dont l'activité soit par trop énergique.

Les malades qui pourront supporter les eaux de Baréges, en particulier, n'attendront pas longtemps un résultat salutaire; prises à l'intérieur en quantité modérée, elles réveillent l'appétit, facilitent l'accomplissement des diverses fonctions, en même temps qu'elles produisent une stimulation assez vive appréciable par le pouls, l'agitation, etc.; prises à l'extérieur elles activent les fonctions de la peau, etc.

Deux médecins de Barèges, M. le docteur Campmas, in-

specteur de l'établissement militaire, et M. Pagès, inspecteur de l'établissement civil, tous deux habiles observateurs, m'ont souvent parlé d'exemples remarquables de paralysie guérie par les eaux de Baréges; M. Pagès raconte même la maladie d'une personne qui le touche de près, et que je connais, qui a été en deux saisons complétement guérie d'une paraplégie de nature rhumatismale.

Les eaux salines thermales jouissent aussi de la réputation de combattre avec succès les paralysies, entre autres les eaux de Balaruc; mon ami M. le docteur Lebret, qui en est l'inspecteur, m'a communiqué quelques observations intéressantes.

Les eaux de Louèches, en Suisse, passent aussi pour agir efficacement.

Les accidents nerveux, tels que les attaques cloniques, les étouffements, les bâillements, etc., etc., seront calmés par l'usage habituel d'un peu d'éther sulfurique (quelques gouttes bues dans un verre d'eau); des inspirations de chloroforme, l'assa fœtida, la valériane, ont aussi un effet calmant notable, et par-dessus tout les bains, froids ou tièdes, mais longtemps prolongés (comme le voulait Pomme), selon la réaction qui s'opérait sur le sujet. Certaines malades, sentant venir l'accès convulsif, parviennent à l'empêcher en ingérant immédiatement dans l'estomac une grande quantité d'eau froide (n°s 61, 63).

Les vomissements opiniâtres, manifestation d'un trouble nerveux, et non d'une altération organique des voies digestives, réclament une médication particulière, car si l'on n'y porte pas remède, ils persistent des mois et des années, comme chez plusieurs de nos malades. On fera avaler de la glace par petits morceaux. On donnera comme nourriture du laitage, du vin avec de l'eau de Seltz, et on appliquera sur la région épigastrique des sinapismes faits de préférence avec du chloroforme versé sur de la ouate.

La paralysie elle-même réclame une action spéciale dirigée sur les muscles qui en sont affectés. Le médecin appellera à

son secours deux puissants agents dont nous allons étudier les effets avec quelques détails.

La strychnine pure ou l'extrait de noix vomique a été donnée à cinq de nos malades, et les effets produits ont été différents.

1° M. Rayer a fait prendre, à la jeune fille du n° 49, de l'extrait de noix vomique, en commençant par 5 centigr., et il est arrivé en deux mois à la dose de 25 centigr.

Effets produits. Aucune secousse, aucune contraction involontaire; les derniers jours seulement un peu d'inquiétude.

Le mouvement s'est rétabli avec énergie, l'appétit est devenu vif, les joues se sont colorées, mais la sensibilité est restée presque aussi nulle qu'avant, les règles n'ont pas reparu.

2° M. Briquet a ordonné à une malade (n° 60), traitée depuis quelque temps sans résultat par l'électricité, un traitement par la strychnine, 2 centigr. en potion; un jour il s'en est suivi un tremblement général, des secousses convulsives dans les membres pelviens, compliquées d'accidents nerveux hystériformes; la malade a pu marcher quelques jours après, mais pour s'aliter de nouveau, j'ai noté les alternatives de force et de faiblesse que présenta cette malade depuis son entrée.

3° La malade du n° 65 avait été mise sur pied par l'électricité qui lui avait rendu le mouvement et le sentiment, mais à chaque époque menstruelle, les symptômes de paralysie reparaissaient presque aussi évidents qu'auparavant. La strychnine a confirmé chez elle une guérison que l'électricité avait commencée. Cette malade a éprouvé du tremblement général et des secousses seulement dans les membres paralysés.

4° M. Vigla fit prendre de la strychnine à la jeune fille du n° 70, à laquelle il avait fait appliquer inutilement des cautères le long du rachis. Ces exutoires séchés, il a administré le médicament à la dose de 1 centigr. par jour et s'arrêta à 3 centigr., au bout de quinze jours, sans avoir produit aucun effet; il recommença après une semaine, et en quelques jours la dose de 3 centigr. était atteinte; la malade fut prise le

même jour d'ébranlement dans les genoux et dans les bras, de secousses dans la mâchoire inférieure et de constriction du diaphragme ; on diminua la dose ; le lendemain mêmes phénomènes, crampes surtout dans les membres inférieurs. Strabisme, face rouge, injectée. Tout a cessé brusquement dans la journée, et la malade a pu marcher à l'aide d'un appui ; le lendemain, elle s'est rendue seule au jardin.

5° M. Petel a, sans succès et sans rien produire, fait prendre au n° 72 de l'extrait de noix vomique à une dose qu'il n'indique pas. L'électricité a rendu à la malade le mouvement que l'on avait demandé vainement à la noix vomique.

D'après ce qui précède et ce que l'on observe dans les autres paralysies de cette nature, la strychnine peut être considérée comme un médicament très-énergique, pouvant à lui seul, quelquefois guérir, souvent améliorer l'état d'un malade. Mais son action n'est pas la même sur les différents individus; sur l'un, elle pourra terminer une guérison que l'électricité avait menée jusqu'à une certaine limite, sans pouvoir la dépasser ; sur l'autre, son action sera nulle. L'électricité pourra guérir promptement là où la strychnine était impuissante, cependant la strychnine à elle seule, dans certains cas, exerce une telle influence qu'il lui suffit de peu de temps pour changer la face des choses, et rendre le mouvement et la force aux membres paralysés, et cela d'une manière durable. J'ai cité comme exemples, les deux faits de M. Rayer et de M. Vigla. La strychnine modifie, en outre, les fonctions de la vie organique, les digestions se rétablissent, l'appétit revient, le sang se colore, la constitution générale en ressent une amélioration sensible, et son usage ne bannit pas celui du fer.

Il n'était pas inutile de faire remarquer cette action inégale des deux agents sur les différents individus, car alors que l'un des deux aura échoué, on pourra se souvenir qu'il reste encore un espoir en appelant le second à son aide.

Pour ce qui est des préparations de noix vomique, je ne prendrai pas sur moi de décider quel est le mode préférable

d'administration, et lequel vaut le mieux, de l'extrait de noix vomique ou de la strychnine. Si l'on compare la noix vomique au quinquina, la quinine étant plus active dans certains cas que l'écorce, peut-être la strychnine est-elle aussi pour le cas présent plus puissante que la noix.

M. Moreau, de Tours, a obtenu d'excellents résultats en donnant la strychnine, et en commençant par 2 milligrammes, il arrive en huit jours à 14, 16 et 18 milligrammes, puis il revient en décroissant à la dose première, 2 milligrammes.

On introduisait, il y a peu de temps encore, dans l'économie, la strychnine par la méthode endermique qui paraissait présenter l'avantage d'éviter l'irritation douloureuse que produit cette substance sur l'estomac. A-t-on abandonné ce mode d'administration à cause des accidents locaux qui ont suivi l'application de ce poison sur une plaie dont la guérison était quelquefois très-longue, quand il n'arrivait pas de plus graves accidents, tels que le sphacèle de sa surface? cela est probable. — Si l'on se demande comment agit la strychnine, il est plus naturel d'admettre que *son action s'exerce sur les centres nerveux* qui, stimulés d'une façon particulière, excitent les mouvements généraux par les nerfs qu'ils fournissent, que d'expliquer ces mouvements par *une action locale*, comme le fait M. Segalas, qui a entrepris sur les effets de ce poison des expériences dont il a tiré des conclusions qu'Ollivier, d'Angers, a discutées et mises à néant.

M. Segalas conclut de ses expériences que les phénomènes locaux de l'empoisonnement général peuvent se manifester indépendamment de l'innervation générale, parce qu'ils sont sous la dépendance absolue de la « *circulation locale ;* » et il trouve dans cette circonstance, l'explication de l'intermittence qu'on observe dans les mouvements convulsifs produits par la strychnine ; les muscles entrés en contractions quand le sang a porté le poison sur leurs nerfs, cessent de l'être quand le sang enlève le poison, et se contractent de nouveau quand ce fluide le rapporte.

Cette explication n'est pas admissible ; il faudrait supposer, pour qu'elle le fût, que les intermittences de contractions et de relâchement fussent aussi promptes que les pulsations, et isochrones à celles-ci, et il suffit d'avoir observé un animal empoisonné par une faible dose de noix vomique, ou un malade pris, comme ceux dont je viens de parler, de secousses et de contractions, pour se persuader qu'il n'y a là rien de synchronique. Ollivier s'exprime ainsi à l'égard de cette interprétation :

« On sait que la rapidité avec laquelle le sang afflue de « nouveau dans les parties qu'il vient d'abandonner est telle, « qu'il n'y a aucune interruption entre ces deux mouvements, « et d'ailleurs, lors même qu'il y aurait un court intervalle, « on ne pourrait le comparer aux intermittences prolongées « qu'on observe dans l'empoisonnement par la noix vomique, « et par certaines substances toxiques qui donnent lieu à des « spasmes convulsifs analogues. »

Quant aux mouvements volontaires qui se rétablissent après l'absorption de la strychnine, ils pourraient être dus à l'irritabilité musculaire qui était anéantie et qui se rétablit par les mouvements mêmes qu'a déterminés le médicament.

L'électricité mérite aussi de fixer notre attention, et si l'on juge de sa puissance d'après le rôle qu'elle a joué chez nos malades, on mettra en elle une confiance tout aussi grande qu'en la strychnine. Mise en usage 12 fois dans les 21 exemples qui suivent, 9 fois elle a guéri à elle seule et assez promptement, 2 fois elle a été aidée de la strychnine, la douzième malade (n° 61) a guéri seule plus tard à la Salpêtrière.

Depuis les recherches de M. Duchenne, de Boulogne, l'agent électrique est employé avec plus de discernement. Les moyens ingénieux dont il se sert avec une grande habileté, et les études nombreuses qu'il a faites à ce sujet, ont régularisé l'administration de ce puissant modificateur.

Non-seulement il emploie l'électricité pour le traitement,

mais encore il le fait servir au diagnostic, comme je l'ai déjà dit. L'absence de contractilité musculaire joint à un amaigrissement des membres, est pour lui une raison de conclure à l'existence d'une lésion organique de la moelle ou d'une paralysie musculaire graisseuse progressive.

Ainsi, le muscle, par la manière dont il se comporte sous l'influence de l'agent électrique, indique au médecin le traitement auquel il est nécessaire d'avoir recours.

Je vais reproduire en peu de mots la manière de voir de M. Duchenne, qu'il présente sous forme d'aphorismes (1) :

« Un muscle qui a perdu une quantité de l'irritabilité avant de guérir, s'atrophie plus ou moins. »

« Cette atrophie est proportionnelle au degré de diminution de la propriété vitale lésée, l'irritabilité, celle-ci se mesure d'après la contractilité électrique des muscles. »

C'est cet état électrique des membres paralysés que M. Duchenne appelle diagnostic local, il juge d'après lui de la gravité du malade.

La localisation de la paralysie montre : 1° d'une part, que bien qu'on ait triomphé des lésions premières qui ont provoqué la paralysie, elle peut rester comme lésion secondaire, réclamant à son tour une médication différente de celle que réclamait la cause ; et d'autre part, que l'agent thérapeutique doit être dirigé sur cet organe malade seulement. En d'autres termes, la cause ayant disparu, il ne reste plus qu'un phénomène localisé dont on pourra alors triompher par une direction intelligente de l'agent électrique.

2° L'électricité agit directement sur les propriétés de la vie organique ; elle rétablit la calorification, la circulation et la nutrition.

Quand la contractilité électrique (irritabilité musculaire) est diminuée, c'est à l'électrisation employée avec des intermit-

(1) Pris çà et là dans un travail de M. Debout, *Bulletin thérapeutique*, octobre, novembre 1852, et aujourd'hui 1855, dans l'ouvrage de M. Duchenne, *De l'électrisation localisée*.

tences rapides (1), qu'il a eu recours, tandis qu'il a triomphé avec des *intermittences éloignées* des paralysies dans lesquelles la contractilité volontaire seule était atteinte, c'est-à-dire toutes les fois que les muscles avaient conservé la propriété de se contracter sous l'influence de l'action du courant électrique.

Ce qui importe le plus dans le traitement par l'électricité, c'est la détermination des phénomènes morbides localisés, puisque, selon la propriété vitale atteinte, contractilité, tonicité, sensibilité, atrophie, le mode d'administration de l'agent électrique devra varier.

Dans les paraplégies hystériques, la contractilité électrique et la nutrition sont intactes ; il n'en est pas de même de la sensibilité animale.

Que la source électrique soit produite par une pile à auge, ou un appareil fait au moyen de piles et d'un multiplicateur, muni d'une échelle de graduation étendue et exacte comme celui de M. Duchenne, que l'appareil soit fait au moyen d'électro-aimants comme celui de Lebreton frères, les indications sont les mêmes, la manière de diriger le fluide ne varie pas.

Voici en peu de mots les règles à suivre et indiquées par les hommes qui s'occupent de cette thérapeutique avec une habileté toute spéciale :

1° Si l'on veut produire des effets locaux soit sur le mouvement, soit sur le sentiment, les excitateurs doivent être placés tous les deux sur un seul membre.

Car si l'on plaçait un excitateur, dans chaque main par

(1) Ne peut-on expliquer l'action des intermittences rapides sur la nutrition plutôt que les intermittences lentes, d'une manière toute naturelle par la quantité plus grande d'électricité donnée à un muscle dans le même temps, et par conséquent par l'exercice plus grand que prennent les fibrilles musculaires qui se contractent?

L'action dirigée dans un muscle doit se borner à lui, mais avoir lieu dans toutes ses fibres.

L'excitation électrique localisée ne peut rien sur la contracture. Quelquefois elle la produit.

exemple, on obtiendrait des effets généraux : le courant passant des ramifications nerveuses dans les troncs, puis dans les centres nerveux, exerçant pour ainsi dire une action réflêxe, produirait de la contracture très-énergique et très-douloureuse des muscles fléchisseurs des bras et des avant-bras.

La forme des excitateurs variera selon les fonctions que l'on voudra rétablir.

Un balai métallique, fait de fil de laiton extrêmement fin, sera promené sur la peau du membre dans lequel on veut ramener la sensibilité, l'autre excitateur étant appliqué sur une autre région du même membre. Des éponges mouillées, placées dans des cylindres creux, serviront à diriger en masse l'électricité dans les muscles; avec des éponges de petit volume on peut faire contracter isolément chaque muscle même le plus petit; et ces expériences, faites par M. Duchenne, sont surprenantes pour quiconque les voit pour la première fois, chaque muscle vient indiquer sa place, sa forme, son action.

Il est encore beaucoup d'autres formes d'excitateurs, entre autres un conique, allongé et presque pointu, destiné à agir isolément sur le trajet d'un nerf, ou sur des organes profondément situés comme l'utérus. L'excitation électrique localisée sur la matrice a ramené les règles chez une malade qui depuis longtemps ne les voyait plus.

Encore quelques remarques et nous bornerons là ce qui a rapport à l'électricité ; s'il fallait lui sacrifier toute l'attention qu'elle mérite, cela nous entraînerait trop loin.

Pour obtenir un effet durable avec la faradisation, il faut qu'elle ait lieu souvent et plusieurs mois de suite, au moins un quart d'heure tous les deux jours; tous les jours, si les malades peuvent la supporter.

Le résultat obtenu immédiatement dans une seule séance est très-remarquable, mais le lendemain le sujet a déjà perdu de l'amélioration procurée par le traitement de la veille.

Au début du traitement, la sensibilité cutanée rétablie par

l'électricité est une sorte d'hyperesthésie qui remplace la sensibilité normale, le moindre contact est douloureux.

Quand il y a paralysie des organes des sens, la faradisation peut être utilement appliquée pour leur rendre leurs fonctions.

La *belladone* et l'*opium* ont donné peu de résultats satisfaisants dans le traitement de la paralysie hystérique; qu'il nous suffise de savoir qu'on peut les mettre en usage dans des cas de ce genre; cependant, chez le n° 71, l'opium, aidé de bains sulfureux, semble avoir été efficace.

On pourrait peut-être essayer la brucine avec avantage dans cette forme de paraplégie, comme M. Nonat l'a fait avec succès dans un cas de paraplégie rhumatismale que je donne plus loin.

OBSERVATIONS.

54. — *Frayeur, suppression des règles, attaques convulsives, paraplégie.— Deux ans après : analgésie générale sans anesthésie, points hypéresthésiques, strychnine, bains sulfureux ; guérison, rechute, strychnine, bains sulfureux, fer, électricité.—Guérison.*

J'ai observé la malade suivante dans le service de M. Rayer où elle a d'abord été, puis chez M. le professeur Andral où l'a ramenée une rechute.

Une jeune fille de 19 ans, nommée Pieplu, est entrée dans l'hôpital de la Charité, salle Saint-Michel, n. 29, le 3 novembre 1852 : elle est couturière.

Dès l'enfance cette jeune fille était souffrante, avait souvent des accès de fievre, pas d'appétit, ne se livrait pas aux jeux de son âge, était d'un caractère morose. Sa mère, qui avait des attaques de nerfs pour la moindre contrariété, est morte phthisique.

Une fièvre typhoïde et une pneumonie ont contribué à altérer la santé de cette jeune malade, lorsqu'elle était dans sa quinzième année.

Le flux cataménial, venu à 16 ans pour la première fois, a disparu au bout de trois mois, puis s'est remontré irrégulièrement.

A 17 ans, elle se trouvait dans une église à la nuit tombante, lorsque quelqu'un lui a fait peur et l'a renversée ; en se relevant elle a été prise d'étourdissement, puis, de retour chez elle, une longue attaque

nerveuse est venue terminer une crise dont les premiers indices s'étaient fait sentir depuis l'accident. Ses règles, qu'elle avait en ce moment, se supprimèrent, et n'ont reparu qu'au bout d'un an sous l'influence d'un traitement martial; dans la même année, plusieurs attaques nerveuses se sont remontrées. Elles avaient lieu d'abord tous les mois à peu près, le traitement martial a semblé retarder leur apparition.

Il y a un an (elle avait 18 ans), elle fut prise de douleur dans le bas-ventre et de faiblesse dans les jambes telle, qu'elles se dérobaient sous elle; elle fut obligée de garder le lit, on lui fit mettre un bandage sur une hernie dont on ne retrouve pas de trace. Un régime tonique fut suivi de trois mois de règles, d'amélioration générale, d'un peu plus de force; puis elle redevint aussi faible et aussi souffrante qu'elle était auparavant.

Le 3 novembre. — A son arrivée à l'hôpital, cette malade a un léger mouvement fébrile, n'a d'appétit que pour les choses vinaigrées, la salade, les fruits et les gâteaux, etc. L'embonpoint est assez notable. Elle est pâle, d'une constitution *lymphatique scrofuleuse.* Elle a facilement des palpitations et il y a du souffle dans les vaisseaux du cou. Elle se plaint d'un point douloureux très-vif dans la fosse iliaque droite, le creux de l'estomac est sensible, elle éprouve des tiraillements et une douleur qui s'étend dans le dos. Le doigt qui comprime fortement chaque apophyse épineuse, l'une après l'autre, ne révèle pas de douleur locale; ses pieds sont toujours froids; les menstrues sont irrégulières, elle voit abondamment en blanc dans les intervalles. Depuis quelque temps les attaques d'hystérie se reproduisent toutes les trois semaines.

M. Rayer, qui la voit le lendemain, la fait lever et constate une *paralysie complète de la myotilité des membres inférieurs;* elle tombe littéralement à terre; ses jambes se dérobent sous elle; au lit elle peut les remuer péniblement.

Partout elle a le sentiment du toucher; elle coud très-bien, et se rend compte de la forme des objets, mais elle est insensible à la douleur que produit une épingle enfoncée dans la peau, partout, excepté dans quelques points qui changent de place; dans ces points la sensibilité est exaltée, il y a hyperesthésie à droite dans le dos, à quatre travers de doigt au-dessus des reins, et à trois travers de doigt de l'épine dorsale au niveau de la pointe du scapulum et à gauche, à la hauteur de la plus basse insertion du grand dentelé sur le côté de la cage thoracique. Toute la face est insensible à la douleur, excepté sur l'extrémité nasale et le menton.

Les autres organes des sens sont intacts. Elle entend parfaitement,

voit très-clair, sent assez bien; le goût est conservé, mais peut-être un peu moins délicat qu'à l'état normal; l'urine est claire, elle l'épanche à volonté; elle est sujette à une constipation opiniâtre qui se prolonge quinze ou dix-huit jours.

Peu de temps après son entrée elle est prise d'une attaque convulsive très-violente qui a duré deux heures; un sentiment d'oppression l'a précédée, le sentiment d'une boule qui monte de l'estomac l'a gênée comme cela est arrivé avant tous les accès précédents.

La malade perd complétement connaissance pendant toute la durée de l'accès, elle grince des dents, contourne *ses membres d'une façon horrible et les agite avec grande force*, il a fallu l'attacher à son lit de peur qu'elle ne tombât; ses yeux se retournent vers le front, on n'en voit plus que le blanc, elle les ferme et les ouvre souvent; l'accès fini, elle est accablée, et cette fatigue persiste jusqu'au lendemain. Elle s'endort quelques moments après d'un sommeil profond et assez long. (M. Rayer ordonne 5 centigrammes d'extrait de noix vomique, des bains sulfureux.) Un mois après son entrée, l'appétit a sensiblement augmenté, ses jambes peuvent la supporter, mais elle reste accrochée aux montants de son lit sans oser lâcher ses mains; la noix vomique a produit ce changement dans la motilité sans produire de secousses dans les membres. L'analgésie ou insensibilité à la douleur est restée la même. (10 centigr. d'extrait de noix vomique.)

29 décembre. — Nouvel accès qui a duré vingt minutes. Le lendemain la marche est devenue sûre. (20 centigrammes d'extrait de noix vomique.)

1853, 11 janvier. — Aujourd'hui, même état général; l'appétit est bon et la digestion se fait bien, elle marche seule, elle peut même aller très-vite, elle descend difficilement les escaliers, mais elle les descend sans appui; un troisième accès l'a saisie il y a quelques jours. (Extrait de noix vomique, 25 centigrammes, bains sulfureux, rhubarbe, 2 grammes.)

12 janvier. — La rhubarbe a été suivie d'une selle abondante et d'un grand soulagement.

16 janvier. — Une attaque assez courte la surprend, la sensation d'étouffement a été de courte durée.

18 janvier. — L'extrait de noix vomique est supprimé. (Les bains sulfureux seront pris tous les deux jours.) Cette jeune fille marche naturellement, avec facilité, n'hésite plus, monte et descend les escaliers sans fatigue; la figure est peu colorée; l'appétit est meilleur. Les points hyperesthésiques ont changé de place, les points sensibles sont plus nombreux. Elle n'a qu'un peu d'insensibilité de l'isthme du gosier.

2 février.— Cette jeune malade doit sortir prochainement, on continue les bains sulfureux, *l'insensibilité est à peu près la même*, à la figure elle est aussi étendue. La face dorsale des mains est insensible, la face palmaire est susceptible d'une perception très-fine, la limite de cette différence se trouve sur les côtés des doigts.

Constipation un peu moins rebelle, du reste état presque normal.

La face a des couleurs qu'elle n'avait pas il y a six semaines.

La nuit du 3 au 4 février a été agitée; cette malade n'a pu goûter une demi-heure de sommeil sans qu'il fût interrompu par des *rêves tristes et effrayants*, les jambes ont été douloureuses; le matin vers les 8 heures, sentiment d'oppression, d'étouffement, sensation d'une boule suivie de près par une attaque nerveuse qui a duré dix minutes. *Aussitôt après, en se levant elle a trébuché, les jambes étaient mal assurées.*

Le lendemain, *toute la vigueur des jours précédents est revenue*, mais l'insensibilité s'est étendue de nouveau.

Il y a trois mois qu'elle n'a plus ses règles, on la garde par précaution.

Les accès paraissent amener encore de la faiblesse dans les membres.

Sortie le 16 février du service de M. Rayer.

Pendant son absence de l'hôpital elle a eu deux longs accès caractérisés par les mêmes phénomènes que les précédents.

En mars et en avril les règles ont paru à un mois de distance, mais leur durée n'a été que d'un jour et elles ont été peu abondantes.

A la fin d'avril, vomissements, céphalalgie, affaiblissement des jambes.

En mai, douleur dans l'aine gauche, abcès.

Le 20 mai, rentrée à la Charité dans le service de M. le professeur Velpeau, une incision donne issue à du pus lié jaune. On veut examiner la malade pour se rendre compte de la cause, la membrane hymen est retrouvée intacte, cette adénite est due à la constitution lymphatique scrofuleuse.

Le 30, elle passe dans le service de M. le prof. Andral, salle Saint-Vincent, au n. 3, puis au n. 19, puis au n. 13.

M. Andral, après examen, porte le diagnostic donné précédemment par M. Rayer. La malade est aussi faible des jambes qu'elle l'a jamais été, la gauche plus que la droite, elle se traîne sur ses genoux et sur son derrière pour aller d'un lit à l'autre.

Les troubles de la sensibilité cutanée existent au même degré et dans les mêmes régions, elle a les deux points très-douloureux au tou-

cher, que MM. Andral et Briquet regardent comme un symptôme de l'hystérie, l'un assez circonscrit au creux de l'estomac, l'autre à la région dorsale supérieure dans la gouttière vertébrale gauche correspondant à un espace intervertébral.

On prescrit des pilules d'extrait de noix vomique 0,05 cent., bains sulfureux pendant les premières semaines.

Les règles continuent à se montrer tous les mois avec un peu de retard et ne durent qu'un jour.

Je passe rapidement sur l'état de la malade pendant juin, juillet et août : ce serait répéter ce qui précède à propos des accès et de l'état général.

Septembre. — La force dans les jambes est un peu revenue. On continue la noix vomique.

6 septembre. — *Attaque convulsive suivie d'une rechute, le lendemain je la retrouve se traînant sur les genoux.*

25 septembre. — On cesse la strychnine ; on lui donne des pilules ferrugineuses, de la valériane, et on la galvanise, elle marche péniblement.

6 octobre. — A la suite d'une contrariété, attaque convulsive suivie d'étouffement et de commencement d'asphyxie, la face est comme bleuâtre (sinapismes aux pieds et aux mains).

Elle garde le lit.

10 octobre. — Amélioration notable. La malade peut marcher, dort paisiblement, mais la céphalalgie persiste.

12 octobre. — Elle a pu descendre seule au jardin, en se tenant à la rampe, elle est remontée seule lentement.

15 octobre. — Je la trouve au lit souffrante et faible.

20 octobre. — Elle se promène dans la salle, mais chancelle visiblement. On essaye l'électricité....

Amélioration visible de jour en jour.

5 novembre. — La sensibilité et le mouvement sont revenus. Elle ressort guérie.

Aujourd'hui, 2 février 1851, elle est revenue voir M. Andral, sa marche très-naturelle s'effectue à grands pas fermes. — Le tact, à la joue, est incomplétement rétabli, elle sent si on appuie, mais si on frôle elle ne sent pas.

55. — *Ménorrhagie, chagrin continuel, attaques convulsives syncopales, frayeurs successives, suppression brusque du flux périodique remplacée par une diarrhée abondante, fourmillement de toute la peau, tremblement général, paraplégie, troubles des organes des sens, plusieurs points hyperesthésiques.— Guérison.*

J'ai observé la malade dont il est question, dans le service de M. le professeur Trousseau.

Le n° 33, salle Saint-Bernard, a été occupé le 25 janvier 1854, par la nommée Lambert, âgée de 32 ans, mariée.

Antécédents. La santé de cette personne a été parfaite pendant son enfance.

Réglée à 13 ans et régulièrement jusqu'à 16 ans, époque de son mariage, dix mois après elle eut un enfant. L'accouchement fut naturel, second enfant quatorze mois après; la délivrance fut suivie d'une perte abondante: elle a fait ensuite trois fausses couches à différents intervalles, depuis les règles ont été régulières, jamais de pertes blanches.

Jusqu'à 26 ans aucun changement dans la santé, seulement l'embonpoint a diminué.

C'est à cet âge que s'est montrée la première attaque convulsive à la suite d'une forte émotion morale triste, causée par l'inconduite de son mari. Depuis deux ans déjà cette femme avait remarqué dans sa propre manière d'être une susceptibilité nerveuse croissante, elle avait souvent des bâillements accompagnés d'étouffements et de pandiculations.

Séparée légalement à 28 ans, elle est retournée dans son ménage au bout de sept mois, cédant aux instances qui lui étaient faites; elle fut si malheureuse qu'elle eut alors de longues et fréquentes attaques convulsives syncopales, souvent précédées par des vomissements de liquide filant et toujours annoncées par un resserrement violent et très-douloureux de la gorge.

A 30 ans les attaques cessèrent quand elle vint à Paris, afin de s'éloigner de son mari. Elle se préoccupa beaucoup de l'avenir, obligée qu'elle était de pourvoir à l'existence de ses enfants.

L'appétit, quoique un peu dépravé, a continué d'être bon. Le sommeil était agité par de fréquents cauchemars. Le flux périodique paraissait régulièrement.

En 1851 une péritonite venue sans cause l'a fait entrer à l'Hôtel-Dieu dans la salle Saint-Bernard, chez M. le professeur Chomel.

A la fin de mai 1853, un jour que cette femme avait ses règles,

elle fut injustement accusée de vol et emmenée à la Préfecture de police; elle y fut prise d'un tremblement nerveux.

En prison un gardien, sous prétexte de satisfaire à sa demande de l'adresser à un magistrat, la conduisit dans une chambre écartée et lui fit violence.

L'épouvante, ces émotions successives, l'état dans lequel elle se trouvait, toutes ces circonstances réunies produisirent une telle secousse qu'elle perdit connaissance; un délire bruyant succéda à la syncope, et elle ne revint à elle que le lendemain; les règles étaient supprimées et remplacées par une diarrhée abondante; ses yeux se portèrent sur une camisole de force qu'on lui avait mise et qui portait pour inscription : PRISON SAINT-LAZARE. Le délire et l'agitation reparurent, on les combattit avec succès par les douches et les bains froids.

Il survint un fourmillement insupportable de toute la peau du corps, en même temps qu'un tremblement nerveux général, les paupières étaient même agitées convulsivement.

Dès qu'elle fut mieux, on la fit promener dans le jardin, *elle ressentit de la fatigue dès les premiers pas*, cette faiblesse s'est accrue progressivement, s'est fait sentir dans la jambe gauche plus que dans la droite; trois semaines après son entrée à Saint-Lazare, *la marche n'était plus possible.*

Sur ces entrefaites on reconnut son innocence, elle fut relâchée. A la nouvelle de sa liberté elle eut une attaque convulsive assez longue, le fourmillement général se remontra, elle essaya en vain de parler, *aphonie, mutisme,* les paupières ne purent se relever pendant quelques instants... On la conduisit à l'Hôtel-Dieu.

Entrée le 19 *juin* 1853, *complétement paralysée des jambes quant au mouvement*, douleurs dans les reins, battements de cœur; les bras peuvent à la vérité aller à la tête, à la bouche, mais en tremblant, les doigts se crispent et les objets que tient la malade s'échappent.

Le 20, à la visite, on la fait lever, sans la soutenir, elle tombe.

Motilité. *Ne peut se tenir debout, la jambe droite est plus faible que la gauche; malgré l'aide de deux personnes, la marche est accompagnée d'un tremblement général même de la mâchoire inférieure. Le pied reste la pointe en bas lorsque la jambe se lève, repose à terre sur son bord externe. Le siége de l'impuissance pour la malade réside dans les genoux. Au lit le membre gauche exécute encore quelques mouvements, se soulève même un peu, le droit est presque immobile. Pendant les accès tous s'agitent convulsivement.*

Les mains et les pieds, toujours en sueur, sont le siége d'une dou-

leur constante, ainsi que *l'aine droite au niveau de l'ovaire;* ce point est beaucoup plus sensible avant l'époque des règles.

Creux épigastrique douloureux à la pression; élancements dans la région thoracique sous la clavicule; à la pression elle éprouve une sensation de surprise pénible presque douloureuse *de la gouttière vertébrale gauche dorsale moyenne.*

Organes des sens. L'œil droit faible, la malade ne peut lire avec lui seul ce qu'elle peut faire avec le gauche; sensibilité émoussée de la cornée droite.

Goût insipide, ouïe naturelle, odorat émoussé.

La *sensibilité* cutanée au toucher et à la douleur est naturelle à gauche, il y a de l'analgésie à droite dans la jambe et la cuisse seulement, mais surtout à la partie externe; dans cette région, une épingle poussée obliquement, ne produit pas de douleur.

La figure est également partagée en deux par une ligne qui passe du front au menton par le milieu du nez. A *gauche* de la ligne toute espèce de sensibilité cutanée est naturelle. A *droite*, très-obtuse, presque abolie. La pression exercée sur les parties profondes est sentie en raison de la force employée.

La miction s'est accomplie naturellement. Elle est restée sans rendre d'urine pendant les vingt-quatre heures que la syncope a duré, et pendant les deux jours suivants lorsque la diarrhée abondante s'est déclarée.

État chloro-anémique prononcé, souffle dans les vaisseaux, lèvres décolorées, etc.

Pendant son séjour elle a suivi un traitement ferrugineux tonique (sulfate de quinine), frictions avec le vieux vin, bains sulfureux; la force est un peu revenue, et le 15 septembre elle est sortie marchant passablement.

Le 25 janvier 1854, cette malade est ramenée dans la salle Saint-Bernard par une chloro-anémie des plus prononcée, souffle dans les vaisseaux carotidiens, vue affaiblie et lèvres décolorées, nonchalance, règles tous les quinze jours.

La *myotilité* est rétablie, cependant l'ascension d'un escalier est fatigante pour elle, la force est revenue graduellement, la sensibilité générale est restée ce qu'elle était, naturelle dans les mêmes régions, émoussée dans les autres.

Le 4 février cette malade quitte l'hôpital dans le même état avec un traitement tonique à suivre.

56. — *Caractère impressionable : première attaque convulsive à 10 ans; deuxième, à 14 ans, à la vue de son sang*; *dysménorrhée, faiblesse. — Paraplégie complète pendant 2 ans, traitement peu efficace, la marche redevient possible et la guérison dure 3 ans. — Nouvelle paraplégie qui disparaît à la suite d'une émotion religieuse.*

J'ai observé cette malade dans le service de M. le professeur Trousseau avec M. Lassègue, son chef de clinique.

Le 1er juillet 1853, la nommée Geneviève Dubois, âgée de 23 ans, couturière, est entrée à la salle Saint-Bernard, n° 2. Cette jeune fille est d'une taille moyenne et assez bien constituée. Tempérament lymphatique.

J'ai vu ses parents, ils sont, ainsi que deux frères et une sœur, forts et d'une parfaite santé.

L'enfance s'est bien passée, son caractère est très-impressionnable, à 10 ans à l'école, une punition injuste lui a causé une attaque convulsive suivie de syncope; réglée à 14 ans, l'émotion produite par la vue du sang a causé une deuxième attaque, les menstrues furent irrégulières et suivies de leucorrhée. Une gastrite accompagnée de vomissements alimentaires, et une pneumonie grave, causèrent de l'amaigrissement, la convalescence fut longue ; à 16 ans, troisième attaque convulsive suivie de faiblesse croissante dans la marche, puis paralysie des jambes avec insensibilité totale de la peau jusqu'au nombril; complète immobilité, le pouce du pied droit et le petit orteil du gauche exécutaient seuls un mouvement imperceptible.

On prescrivit pour traitement des ventouses scarifiées, des cautères au marteau et à la potasse, des moxas, des vésicatoires et des frictions sur les jambes avec de la teinture de cantharides. Les bras exécutent facilement tous les mouvements; elle a souffert dans l'épaule gauche.

Cet état dura deux ans. Le flux cataménial s'est réglé quelques mois, puis en huit jours la force est revenue et la malade s'est levée. Pendant trois ans elle a vécu en pleine santé.

L'aménorrhée, les étouffements, et les douleurs épigastriques, se sont remontrés, et bientôt après la faiblesse progressive des membres inférieurs, jusqu'à la paraplégie.

Elle entre à l'Hôtel-Dieu, on la place au n° 8 de la salle Saint-François, du 2 juin au 1er juillet, dans le service de M. Piedagnel, qui l'a considérée comme affectée de myélite.

Le 1er juillet 1853, on la fait passer chez M. Trousseau, où elle reste

deux mois; ses attaques se renouvellent tous les huit jours, elles sont précédées du sentiment d'une boule qui part de l'estomac, s'arrête au gosier et qui la suffoque; elle ne perd pas tout à fait connaissance. La région ovarique droite et l'épigastrique sont d'une sensibilité douloureuse, ainsi que la gouttière vertébrale gauche au niveau de l'épine de l'omoplate.

La myotilité est presque abolie dans les deux membres inférieurs, le gauche est plus inerte.

La sensibilité de la peau au toucher est émoussée, la sensibilité à la douleur est presque nulle sur tout le corps, les muscles et les parties profondes ont conservé le sentiment. La miction et la défécation s'accomplissent naturellement; elle est constipée de temps en temps; on ordonne les ferrugineux, les ablutions froides; elle est pâle, amaigrie; il s'est manifesté dès le début une amélioration qui s'est arrêtée.

L'influence des émotions si remarquables chez les hystériques est ici frappante. Pleine de confiance dans les prières, on a fait pour elle et à sa demande une neuvaine à la Vierge, la malade ne doutant pas du succès, a essayé de marcher, en quelques jours elle a pu le faire.

Le 2 août sortie guérie.

J'ai revu cette malade le 10 juin 1854, à Boulogne, où elle habite, sa santé était parfaite et sa démarche naturelle. Les attaques convulsives étaient fort rares, la dernière remontait à deux mois.

57. — *Sa mère était paraplégique. — Enfance maladive et misérable, première attaque convulsive à* 11 *ans avec syncope de* 24 *heures, émotion ; deuxième attaque, à* 14 *ans, trois attaques à la vue de son sang. — Attaque tous les deux jours. — Faiblesse progressive. — Paraplégie à* 16 *ans. — Anesthésie et analgésie générale de la peau et des muscles, ce qui cause l'absence de la conscience de l'action musculaire quand la vue ne dirige pas le mouvement. — Contracture douloureuse du bras dans l'extension à la suite d'une attaque, une nouvelle attaque au bout de huit jours rend au bras sa flexibilité. — Electricité, fer, toniques à mesure que les muscles recouvrent le sentiment de l'action, ils perdent leur contractilité, la paraplégie devient tranchée. — Guérison au bout de* 16 *mois de la paraplégie. — L'hystérie est aussi caractérisée qu'auparavant, hématémèse.*

J'ai pris cette observation dans le service de M. Briquet et sous ses yeux à l'hôpital de la Charité, avec M. E. Goupil, son interne.

Elle est intéressante au plus haut degré.

Le 2 décembre 1853 on a couché dans le lit n° 49 de la salle Sainte-Marthe, une jeune fille de 18 ans, nommée *Pelletier* (Désirée), exerçant la profession de brodeuse.

Antécédents. Elle avait 4 ans quand est morte sa mère, qui était paralysée des jambes depuis dix-huit mois.

Cette jeune fille a eu à 7 ans une fièvre typhoïde dont la convalescence s'est prolongée pendant sept mois, et à la suite de laquelle sa mémoire a diminué.

A 11 ans, après avoir été heureuse et bien élevée au couvent, on l'a placée en apprentissage chez des gens qui la maltraitaient. Elle couchait dans une chambre sans jour et sans air.

Quelques mois plus tard elle était en proie à sa première attaque convulsive suivie d'un évanouissement de vingt-quatre heures. Depuis ce jour, elle fut sujette à des migraines et à des vomissements.

La nouvelle de la mort de son père, qui fut assassiné et volé, détermina une seconde attaque clonique.

A 14 ans l'apparition des règles causa deux attaques successives.

Les menstrues restèrent six mois sans paraître, et depuis elles ont toujours été régulières, ne duraient qu'un jour et peu abondamment, le sang était pâle.

Le 14 mai 1852, Désirée est entrée à la petite salle Saint-Rosaire, n° 29, chez M. Gendrin, chez lequel elle est restée dix-sept mois.

Pendant son séjour dans cet hôpital, on l'a traitée successivement par les bains chauds suivis de douches froides, par les bains froids, l'éther, le chloroforme, et l'opium dont la dose a été augmentée progressivement jusqu'à 2 grammes 50 centigrammes d'extrait thébaïque.

Durant les premiers mois qui ont suivi son entrée à la Pitié, les attaques se sont montrées tous les deux jours, puis elles se sont espacées de huit jours, puis de douze jours.

Son état s'était amélioré quant aux attaques, mais pendant un mois les jambes ont été faibles, elles fléchissaient le pied en dedans, cependant elle pouvait encore marcher seule. La vue avait perdu de sa clarté.

Le 17 octobre 1853, elle est sortie.

Le 25, ayant eu une attaque à la suite d'une contrariété, elle s'est aperçue que dans l'obscurité elle ne bougeait qu'avec peine, qu'elle était maladroite.

Peu de temps après une nuit agitée par un cauchemar, elle a fait une chute du haut de son lit, elle n'a pu bouger, ce n'est qu'au petit jour qu'elle a pu se relever ; alors elle a remarqué pour la première fois qu'il fallait qu'elle fixât ses yeux sur les membres en mouvement

pour diriger leur action, car dès qu'elle les perdait de vue, ils devenaient impuissants. Les jambes étaient lourdes, surtout la gauche; les jours suivants elle observa que pour s'habiller et se déshabiller elle était obligée de regarder les objets qu'elle touchait.

C'est à dater de ce moment qu'elle perdit graduellement le sentiment de la résistance du sol.

Le 2 décembre 1853, on l'a portée sans connaissance à la *Charité*, sur un brancard.

Le 3 elle est encore évanouie.

Le 4 elle est revenue à elle depuis le soir, M. Briquet et M. E. Goupil l'ont examiné en ma présence.

État actuel :

C'est une jeune personne de taille au-dessus de la moyenne, assez musclée, elle est potelée, les formes sont belles. La figure est pleine et les traits ne sont pas altérés (tempérament lymphatique), souffle dans les vaisseaux du cou.

Elle a tous les points hyperesthésiques qui caractérisent l'hystérie (dans les régions ovariques, surtout à droite, épigastrique, dorsales, etc.).

Myotilité. *Les membres inférieurs comme les supérieurs exécutent au lit tous les mouvements avec assez de facilité, mais à la condition que la malade ne les perdra pas de vue.*

M. Gubler, médecin des hôpitaux, qui était présent à la visite, remarqua cette corrélation de la vue avec le mouvement, M. Briquet met son cahier devant les yeux de la malade, et les membres en action s'arrêtent aussitôt et retombent sur le lit malgré les efforts très-puissants qu'elle fait. Mais la contraction musculaire persiste, et il faut assez de force pour la combattre.

La malade n'est pas maîtresse de calculer la force qu'elle emploie, d'après la résistance qui lui est opposée.

On peut aussi à son insu, si elle ne regarde pas, changer ses membres de place, les agiter et les frapper.

On fait lever cette jeune fille, elle marche avec difficulté, mais encore à la condition de ne pas perdre ses pieds de vue. Tout le corps, et surtout le siége, est agité de tremblements et d'oscillations très-difficiles à décrire; le pied se renverse en dehors. Dès qu'elle lève les yeux il lui faut un appui, sans quoi elle chancelle en place et finit par s'asseoir à terre. Les efforts qu'elle fait pour marcher lui causent une douleur qui retentit dans le dos; ils augmentent la gastralgie qu'elle éprouve habituellement.

La *sensibilité* est presque complétement abolie; il y a *anesthésie et analgésie complète de la peau et des muscles, une épingle traverse les tissus jusqu'au périoste sans causer de douleur*, excepté dans quelques points très-restreints comme le menton sur la ligne médiane, les paupières supérieures, le sommet de la tête à la pointe de l'occipital, lorsqu'elle était chez M. Gendrin, les bras et les jambes étaient déjà insensibles.

Organes des sens. Le tact est très-affaibli et perverti, les doigts ne se rendent pas compte de la forme des objets; l'œil gauche est faible, elle ne peut lire avec un seul œil, la cornée est insensible des deux côtés; le goût est fade, quelquefois presque nul, l'odorat est presque naturel, et l'ouïe est restée très-fine.

Le 5 on lui donne 2 grammes de carbonate de fer. M. Goupil a complété son examen à la visite du soir, afin que la présence de personnes étrangères ne gênât point la malade.

Elle urine facilement et n'a pas eu de rétention; la défécation est ordinairement naturelle.

L'insensibilité cutanée des membres inférieurs est générale jusqu'à l'ombilic; la vulve elle-même est anesthésiée.— Si la main est glissée à l'insu de la malade, jusqu'au clitoris, elle ne la sent pas, et cependant l'organe a conservé sa sensibilité spéciale, il entre en érection; si la malade, dont on a détourné l'attention, regarde où est la main, son embarras, et l'extrême rougeur qui la colore, viennent témoigner de l'ignorance dans laquelle son insensibilité l'avait laissée sur ce qui se passait; la membrane hymen existe.

Le 8, M. Briquet, pensant que l'électricité peut être efficace, confie la malade aux soins de M. Duchenne de Boulogne qui fait usage de l'éponge au bras et du pinceau au poignet.

Le 10, la sensibilité est rétablie au poignet.

Le 20 au matin, M. Gubler et M. Goupil, font en ma présence remarquer à M. Duchenne l'absence de la motilité, quand elle n'est pas secondée par la vue. M. Duchenne fit à l'Académie de médecine, une communication fort intéressante sur une propriété nouvelle des muscles qu'il a appelée alors *sens* et plus tard *conscience musculaire*. Son attention fixée sur ce sujet, ce médecin fit à ce point de vue chez cette malade, des expériences intéressantes pour arriver à savoir si « cette espèce de suspension de l'action motrice volontaire dé« pendait d'un état pathologique des centres nerveux, ou des

« organes périphériques? Dans cette dernière hypothèse, était-« elle l'effet d'un état morbide de la sensibilité cutanée ou des « propriétés musculaires (1)? »

Pour arriver à son but, il rendit la sensibilité, au moyen du balai électrique, à la peau d'un membre (l'avant-bras gauche) et la malade ne put cependant exécuter les mouvements sans le secours de la vue, puis sur l'avant-bras droit dont il laissa l'insensibilité cutanée dans son état morbide actuel ; il dirigea l'excitation électrique sur les muscles qui purent alors exécuter, mais péniblement, leur mouvement sans le secours de la vue.

20 décembre. — L'application réitérée du pinceau métallique sur l'avant-bras gauche a fait disparaître l'analgésie depuis l'extrémité des doigts jusqu'à une ligne de section, située à 4 centimètres au-dessous du coude. Le pinceau s'est arrêté à cette ligne tracée au crayon; un centimètre au-dessus, l'analgésie reparaît, et plus loin elle est complète. L'anesthésie n'a pas encore disparu dans ce membre, si ce n'est à la face postérieure de l'avant-bras, où le frottement est perçu; mais le contact direct sans friction n'est pas encore apprécié.

Du 5 au 22 décembre, M. Duchenne a fait onze séances de galvanisation dont il a augmenté la durée graduellement depuis dix minutes jusqu'à une demi-heure.

Le 6, le 11, le 18, le 22, le 26 décembre, la malade a été prise d'attaque convulsive; la dernière a été très-longue et les convulsions si fortes qu'on a dû l'attacher. Elles sont toujours précédées par du malaise, de l'étouffement, puis la région épigastrique se gonfle, et elle sent une boule qui de là monte au larynx et semble s'y arrêter.

Depuis la huitième séance, la malade ressent de la douleur dans la jambe droite, la sensibilité se rétablit et la contractibilité électrique a donné de la force aux membres; la marche reste plus facile.

31 décembre. — L'enveloppe cutanée des jambes a recouvré un certain degré de sensibilité depuis deux frictions faites le 24 avec de l'huile de croton.

(Un journal détaillé de ce qui a été fait chaque jour à cette malade serait long et inutile. Je dirai seulement, pour servir de renseignement sur les effets du traitement, que la première semaine de janvier on a fait deux séances, quatre dans la seconde semaine, six dans la

(1) *De l'électrisation localisée*, Duchenne, 1855, p. 420.

troisième semaine : la jambe, la cuisse et le bras gauche ont été excités avec l'éponge; l'aine, la cuisse, le jarret, la jambe droite ont été excités avec le pinceau et avec le cylindre.)

28 janvier. — M. Duchenne excite avec l'éponge la motilité du bras droit et de la jambe droite; la séance dure vingt minutes; les contractions sont douloureuses. Elle soutient avec sa main gauche la région épigastrique qui lui paraît gonflée. Ses règles apparaissent et, quelques moments après, elle est prise d'étouffement et d'attaque.

1er février. — Élancement, maux de reins, grande faiblesse. — Elle ne sent pas le parquet, ses pieds lui semblent être dans du coton, ses règles vont encore, ce qui n'était pas arrivé depuis longtemps.

2 février. — Attaque convulsive le matin à sa visite.

3 février. — Séance de galvanisme (éponge au bras droit). — Le tremblement du corps augmente.

4 février. — Elle est assez bien, mais faible.

9 février. — M. Briquet remarque que la malade devient plus faible à mesure que le sens musculaire se rétablit, c'est-à-dire depuis qu'elle peut diriger ses membres sans le secours de la vue. Lors de son entrée, les mouvements s'exécutaient encore avec précision, actuellement la paralysie se manifeste dans tous les membres (l'usage du fer est toujours continué).

12 février. — Depuis plusieurs jours déjà l'électrisation est très-douloureuse, cependant les deux bras sont soumis à l'excitation de l'éponge. Attaque convulsive dans la journée.

13 février. — *Le bras gauche est douloureusement étendu, les muscles sont contractés depuis l'accès de la veille.* J'essaye vainement de le lui fléchir.

19 février. — *Le bras est encore contracté, mais moins douloureux.*

20 février. — A la suite d'une attaque d'une demi-heure, le bras gauche, qui un moment avant était encore allongé et inflexible, se plie avec facilité.

21 février. — Le bras est douloureux.

23 février. — Attaque convulsive.

27 février. — La malade descend au jardin soutenue par une compagne et s'expose au soleil. — Elle trébuche fréquemment dans l'escalier; elle a monté et descendu deux étages élevés. La marche augmente toujours la rachialgie et la gastralgie.

14 mars. — Depuis quelque temps, Désirée s'expose au soleil; elle marche avec un peu plus de facilité.

19 mars. — Les règles durent depuis plus de deux jours.

Le 10 avril. — L'état de la malade est resté le même.

En somme, quatre mois de traitement par la galvanisation n'ont pas

produit un effet bien sensible, les attaques lui faisant perdre ce qu'elle avait gagné précédemment.

M. Briquet fait continuer à la malade l'usage du carbonate de fer et les bains sulfureux. L'électricité est abandonnée.

La malade est sujette à des alternatives de mieux et de mal. Elle descend au jardin dès que le temps le lui permet, et s'expose au soleil, la tête seule abritée. A la fin de l'été, sa démarche est presque assurée, les attaques sont très-rares. — Les règles durent six jours et la sensibilité est revenue dans les deux jambes.

Sortie le 6 décembre 1854.

Le 20 avril 1855, je l'ai revue; elle est aussi allée voir M. Briquet. — Voici quel est son état :

Elle est grandie sensiblement, assez pâle. — Elle marche facilement sans traîner les pieds. On voit cependant que la jambe du côté gauche fait effort pour porter le corps; elle peut courir sans boiter. A peu près tous les quinze jours, elle a ses attaques convulsives qui sont souvent précédées par des vomissements de sang spumeux rouge mêlé de sang noir. La quantité varie depuis 50 grammes jusqu'à 2 ou 300.

Elle se trouve malheureuse; elle travaille assidûment, se nourrit fort mal. Le plus souvent, du café au lait sans pain la conduit, sans appétit, jusqu'au repas du soir. Elle a ses règles régulièrement et pendant huit jours. La sensibilité est revenue dans les membres inférieurs et tout le côté droit du tronc; le bras gauche et le côté gauche du tronc jusqu'à l'aine sont encore atteints d'analgésie et d'anesthésie cutanée. — Le tact est un peu amoindri dans les doigts de la main gauche; cependant, elle brode avec précision. — Les parties profondes ont partout recouvré la sensibilité et le mouvement; l'œil gauche est encore un peu faible, la cornée à gauche toujours insensible.—Elle a toujours les points hyperesthésiques qu'elle avait.

Elle est donc guérie de la paraplégie, mais elle est encore hystérique.

58. — *Enfance maladive, caractère sombre et mystique. — Troubles menstruels. — Vomissements pendant deux ans, accidents nerveux. — Émotions vives, frayeurs, grande faiblesse, anesthésie, analgésie cutanée. — Galvanisme. — Alternatives d'amélioration et d'aggravation. — Guérison.*

J'ai observé la malade suivante sous les yeux de M. Briquet, avec M. Albi, son interne.

Le n° 23 de la salle Sainte-Marthe, hôpital de la Charité, est occupé, depuis le 13 janvier 1854, par une jeune personne de 22 ans, nommée Lesage (Louise), *sous-maîtresse*. Elle est d'une grande taille, d'apparence robuste.

Deux affections graves, dont le nom lui échappe, ont rendu son enfance maladive.

Réglée à 13 ans, sa santé a été excellente jusqu'à 17.

A cet âge, disposition morale triste qui se prolongea un an. — Depuis ce temps, elle a été mal réglée. — Le flux menstruel, au lieu de durer cinq à six jours, se supprimait presque aussitôt qu'il apparaissait; l'époque était précédée de flueurs blanches, et de huit jours de douleurs, de coliques dans le ventre, d'étouffements; parfois elle était obligée de s'aliter. Le malaise allait jusqu'au point de lui faire croire à l'imminence d'une perte de connaissance.

A 17 ans et demi, elle eut du dégoût pour tous les aliments et fut prise de vomissements qui durèrent dix-huit mois. Pendant les dix premiers mois, elle a été nourrie avec des lavements; l'estomac rejetait tous les aliments solides et liquides aussitôt après leur ingestion.

Un remède empirique qui a agi comme sinapisme (des briques chaudes trempées dans de l'eau-de-vie, appliquées sur l'épigastre et la partie interne des cuisses) a, dit-elle, produit un changement notable.

Les aliments n'ont plus été vomis que rarement, pendant huit mois. — Plus tard, l'estomac ne rejetait plus son contenu ; mais aussitôt après le repas, la région épigastrique se tuméfiait, et était très-douloureuse.

Il s'opéra dans son caractère un changement manifeste. L'état nerveux, l'impatience, les pandiculations augmentèrent de fréquence et d'intensité à la suite d'une émotion très-vive ; une ventouse Junod, appliquée à la jambe pour combattre les vomissements, s'est brisée; sa jambe a été fortement serrée pendant une heure avant qu'on pût la débarrasser; elle a cru qu'il y avait fracture.

Les jambes et les cuisses étaient toujours froides et le siége d'une lassitude permanente. — Elle épouvait des douleurs générales dans tout le corps et des fourmillements continuels dans les jambes et les cuisses. (Constipation opiniâtre, quinze jours.) Pas de rétention d'urine.

Il y a six semaines, brusquement après une nuit agitée, troublée par des songes lugubres, pendant laquelle elle avait eu des douleurs dans les articulations et de la courbature, ses genoux ont plié lorsqu'elle a voulu se lever; on l'a remise au lit. Au bout de quelques jours, elle a pu se traîner. La jambe droite était plus faible que la gauche, et la sensibilité de ce membre, au toucher et à la douleur, était plus émoussée.

Le 13 janvier 1854, elle est entrée à la salle Sainte-Marthe marchant difficilement, mais sans trembler. Le pied se pose à terre sur le bord externe.

23 janvier. — Première tentative d'électrisation suivie d'un tremblement général.

1er février. — Deuxième séance d'électrisation. M. Duchenne se sert de l'éponge pour exciter la motilité des membres pelviens, et du pinceau métallique pour exciter la sensibilité du membre inférieur droit.

2 février. — Après la troisième séance, dans la journée, la malade peut marcher avec plus de facilité; ses pieds apprécient mieux la résistance du sol. La sensibilité générale est plus naturelle, les doigts au contraire ont perdu, et ne sentent plus l'aiguille et l'ouvrage qu'ils tiennent.

3 février. — *La quatrième séance est suivie de deux points douloureux dans les deux ovaires.*

4 février.— Cinquième séance. Un tremblement général très-violent l'empêche de marcher.

Plusieurs alternatives de malaise et de mieux se succèdent; et après la huitième séance, elle a pu marcher facilement et sans trembler.

(État des organes des sens.) L'odorat et l'ouïe perçoivent naturellement.— L'œil gauche est plus faible que le droit; la conjonctive et la cornée de ce côté sont anesthésiées Le sens du toucher est perverti; les doigts ne se rendent pas compte de la forme des objets; tout est plat et très mince.

13 février. — La galvanisation qui, jusqu'à ce jour, avait continué de produire un bon effet, est très-douloureuse. La marche est difficile, le sol lui semble avoir la mollesse du coton. Le soir, une vive contrariété vient aggraver son état; elle se plaint de céphalalgie, d'étouffement; elle ne peut respirer ni par le nez ni par la bouche. Sa face est rouge, congestionnée; ses oreilles bourdonnent; elle suffoque; elle est presque évanouie. Cet accident se renouvelle à plusieurs reprises avec des vomissements. — M. Albi, interne du service, lui met de l'éther sur le front, et comme la malade venait de dîner, il suppose une indigestion et donne un vomitif pour faciliter ses vomissements.

14 février au soir, 84 pulsations. — Langue blanche, encore de la céphalalgie et de la faiblesse. Anesthésie et analgésie de la moitié droite du corps.

Le 20, la malade s'est levée, a pu marcher en tremblant et en posant le pied sur le bord externe.

Le 29, se trouvant à l'église, elle est prise de malaise et rend de l'eau filante par la bouche; céphalalgie; gastralgie; bâillements.

1er mars. — La sensibilité de la peau des deux jambes et des cuisses est obtuse au toucher et a la douleur plus émoussée à droite qu'à gauche; mais la force est grande et la marche est naturelle. Elle descend au jardin, se promène au soleil.

Le 4 mars et les jours suivants, elle a éprouvé de l'ennui, de l'inappétence, du dégoût, des vomissements, des selles fréquentes. Elle a eu peur du choléra étant placée près d'une jeune fille qui est enlevée par l'épidémie, l'oppression va croissant; elle a presque une attaque convulsive. On la change de lit.

15 mars. — Marche parfaitement. — Se promène au jardin. — N'a rien mangé depuis hier matin. — Attend l'époque depuis quinze jours.

Sortie guérie le 16 mars 1854.

J'ai revu cette malade aujourd'hui 9 avril 1855, elle est à la communauté de l'hôpital Saint-Louis, son état est aussi bon que lorsqu'elle est sortie il y a un an de la Charité.

59. — *Menstrues irrégulières, douleurs dans les jambes, paraplégie ; après une suppression menstruelle et des bâillements, anesthésie du membre inférieur gauche.— Electricité, amélioration, puis rechute ; première attaque convulsive plus d'un an après le début de la paraplégie.*

J'ai recueilli l'observation qui suit dans le service de M. Briquet.

La jeune fille qui en fait le sujet *a d'abord été considérée comme affectée de myélite ; cependant, après l'avoir examinée attentivement, on émit quelque doute à cet égard, toutefois on continua d'employer les cautères qui n'amenèrent aucun changement , lorsqu'un jour elle fut prise d'un léger mouvement nerveux, de spasme, et le lendemain toute la région externe du membre inférieur gauche était insensible ;* d'autres changements se firent dans l'état de la sensibilité, rangée dès lors dans les paraplégies hystériques ; l'électricité, aidée de moyens généraux, fut employée avec un peu de succès. *Puis plus tard elle a eu une rechute. Une première attaque convulsive de deux heures est venue compléter le diagnostic.*

Clara Baron, âgée de 18 ans, blanchisseuse, entrée à la salle Sainte-Marthe, hôpital de la Charité, n° 4, puis au n° 1, le 18 novembre 1852.

Tous les membres de sa famille jouissent d'une bonne santé.

Cette jeune fille est pâle, l'embonpoint est raisonnable, elle est ce qu'on appelle potelée. A été réglée la première fois à 14 ans. A l'âge de 16 ans elle a cessé de voir pendant six mois. Depuis deux années qu'elle a embrassé sa profession, elle est sujette à de violents maux de tête. Les jambes sont devenues faibles, elle a ressenti des douleurs dans les deux membres inférieurs qui devenaient parfois le siége de fourmillements, augmentant d'intensité jusqu'à l'empêcher de se soutenir.

Elle a toujours mangé de bon appétit. Les digestions se sont toujours bien faites. Le sommeil a toujours été tranquille.

A 16 ans elle est arrivée à Paris très-colorée, très-forte, très-gaie de caractère. Depuis son séjour dans la ville, sa gaieté naturelle s'est évanouie, elle est devenue triste insensiblement, elle a éprouvé un chagrin très-violent, mais n'a jamais eu d'accidents nerveux.

Son régime consistait en charcuterie, viande froide, jamais de vin.

Elle voit pendant un ou deux jours seulement, son sang est pâle, un écoulement blanc précède les règles qui viennent sans coliques.

La faiblesse des jambes a augmenté considérablement depuis quelque temps. La jambe gauche est presque inerte. Depuis quelque temps une douleur que la pression rend plus vive se fait sentir dans le dos au niveau des septième et huitième vertèbres dorsales (deux cautères sont placés de chaque côté de l'épine à la hauteur de la douleur, traitement tonique et martial); au bout de deux mois aucune amélioration. La sensibilité à la douleur et au toucher est naturelle partout; elle urine volontairement; elle est un peu constipée. Après une journée de malaise, d'oppression avec pandiculation et quelques spasmes, tout le membre gauche (le plus faible) devient insensible aux deux sensations, en dehors jusqu'à l'os iliaque, mais un peu moins à la place des adducteurs qu'aux autres régions. Tous les organes des sens sont intacts, mais le gosier est anesthésié; il supporte sans mouvements convulsifs l'introduction d'une cuiller pendant quelques secondes. La cornée et la conjonctive de l'œil gauche sont insensibles. Dès ce moment l'indécision dans laquelle était M. Briquet de classer cette malade cesse complétement; il la regarde comme hystérique et il a recours à l'électricité, la contraction électrique est conservée.

A la dixième séance du galvanisme, les mouvements ont très-notablement augmenté d'énergie. L'électricité, bornée à l'enveloppe cutanée au moyen du pinceau ou de la surface plane et sèche du cy-

lindre métallique, ramène momentanément la sensibilité à la douleur; mais ici l'effet est moins durable que sur la motilité. La malade dit bien, quand on la pince ou qu'on la pique : « Vous me pincez, vous me piquez, mais vous ne me faites pas de mal.»

28 janvier. — Douzième séance. Mieux sensible, la plante des pieds a retrouvé une sensibilité très-fine ainsi que la malléole externe; le reste du membre gauche est aussi insensible qu'auparavant. La motilité dans les deux membres se fait assez bien pour permettre à cette jeune fille de parcourir la salle.

2 février. — On supprime les cautères qui ont un peu diminué la douleur dans le dos, etc.

6 février. — Même insensibilité, le mouvement s'opère plus énergiquement ; cette jeune malade a pu descendre l'escalier en ne se tenant que d'une main. Quelques douleurs vives se font encore sentir dans la jambe gauche ; du reste sommeil calme, appétit assez vif.

16 février 1853. — La sensibilité est complétement rétablie, la rachialgie a disparu. Les mouvements sont assurés.

Elle sort le 19 février 1853, à peu près dans le même état qu'elle était entrée. Elle reste chez sa mère deux mois sans éprouver de mieux. Comme elle habite dans le voisinage de Beaujon, elle y entre dans le service de M. Sandras, et y reste longtemps soumise à un traitement tonique, fer, bains sulfureux, douches froides, électricité. La marche est redevenue possible.

Au commencement de janvier, en revenant de faire une promenade au jardin, elle est prise d'*une attaque convulsive assez violente* et qui a duré deux heures, pendant laquelle elle n'a pas perdu connaissance un seul instant (elle a été précédée d'envie de vomir).

Au bout de quelques pas elle éprouve une grande fatigue, en se levant elle est forte. Elle a quitté Beaujon quand M. Sandras a changé d'hôpital. Je l'ai revue en mai 1854 presque guérie, marchant facilement quoique la jambe gauche fût plus faible et plus insensible. Le côté externe des membres est plus insensible, le pied gauche porte sur le bord interne. Pas de douleurs dans les membres et dans le dos.

60. — *Troubles de la menstruation, puis faiblesse des membres inférieurs, insensibilité de la conjonctive oculaire et faiblesse de l'œil gauche, alternatives de force et de faiblesse. — Premier accès hystérique* 10 *mois après le début de la paraplégie.*

J'ai observé la malade qui fait le sujet de l'exemple suivant chez M. Briquet avec mon ami M. E. Goupil, son interne.

Le 9 décembre 1852, le nº 4 de la salle Sainte-Marthe (hôpital de la Charité) a été occupé par une jeune fille nommée Zulma Rondeau, âgée de 17 ans et demi, couturière. Ses parents sont et ont toujours été bien portants. Une tante a éprouvé les mêmes accidents qu'elle, et deux ans après, elle s'est rétablie d'elle-même.

Cette jeune malade est à Paris depuis deux ans, mais au village où elle est née, elle menait déjà une existence faite pour l'étioler. Elle travaillait assidûment à la couture du matin au soir dans une chambre au rez-de-chaussée et dans laquelle on couchait; la promenade au grand air était réservée pour les jours de fête et le dimanche.

Des maux de tête et d'estomac l'incommodaient souvent.

Réglée pour la première fois à 15 ans, le flux menstruel ne reparut que trois mois après, dès lors il se montra régulièrement sans être précédé ni suivi de flueurs blanches; un peu de fatigue seulement. Le sang coulait avec abondance et laissait sur le linge des taches foncées.

Il y a huit mois, après une journée de fatigue excessive, étant encore à l'époque, elle fut prise d'une grande faiblesse dans les membres inférieurs; elle l'attribua à de la courbature. Les règles ne se supprimèrent point. Elle attendit sans crainte en se reposant, le retour de la force qui ne revint pas. Aucune douleur ni dans le dos ni dans les membres n'avait annoncé ou accompagné ce symptôme qui était venu tout à coup; quelque temps après sa vue s'affaiblit, l'œil gauche surtout, elle eut un nuage épais devant cet œil.

Les règles ne se sont montrées qu'une fois depuis huit mois; quelquefois la marche est devenue plus facile que la veille, et n'a pas tardé à redevenir ce qu'elle était à son entrée.

9 décembre. — Elle est arrivée à l'hôpital en voiture et soutenue par deux personnes. Elle est colorée de figure, elle est grande et, si on peut le dire, d'un tempérament *nerveux sanguin*.

Sa santé générale est bonne; elle mange et dort bien et ne se plaint que de la faiblesse des jambes qui s'étend depuis quelques jours aux bras: les garde-robes sont naturelles et journalières, jamais de rétention d'urine.

Se défend de n'avoir jamais eu de symptômes nerveux, ayant le moindre rapport avec un phénomène hystérique.

N'a jamais éprouvé ni douleur, ni sentiment gênant d'aucun genre dans la région dorsale et lombaire.

Examinée attentivement des pieds à la tête, on ne découvre qu'un point insensible, c'est la conjonctive oculaire de l'œil gauche qui avait été faible. — Aucun autre organe des sens n'est troublé dans ses fonctions.

Le mouvement des jambes est loin d'être naturel ; Zulma ne peut marcher sans être soutenue des deux côtés.

Les bras sont un peu plus faibles qu'ils ne l'étaient autrefois, cependant elle s'en sert pour s'accrocher, se lever ; elle peut coudre et broder avec précision.

M. Duchenne, à la demande de M. Briquet, soumet cette malade à un traitement électrique suivi tous les deux jours. On lui donne en même temps une potion avec 1 centigramme de strychnine et 2 centigrammes au bout de huit jours.

Après la quatrième séance, cette malade est prise d'épistaxis qui dure vingt-quatre heures presque sans cesser ; et le lendemain la vue est plus faible ; des étourdissements et des maux de tête la tourmentent.

10 janvier 1853. — Mon ami M. Goupil découvre du souffle assez fort dans les vaisseaux carotidiens. Cette malade est dans le même état, la vue est plus nette, la conjonctive est sensible, on ne la touche plus sans faire baisser la paupière ; mais la motilité est la même ; aujourd'hui la marche est possible, demain elle ne l'est plus.

M. Briquet, qui avait suspendu la strychnine depuis trois jours, lui donne 3 centigrammes à la fois.

Dans la nuit elle a éprouvé de fortes secousses dans tous les membres, mais surtout dans les extrémités pelviennes, elle craignait de tomber du lit et priait qu'on la retînt.

Le lendemain à la visite, elle eut un accès d'hystérie bien marqué. Larmoiements, pleurs, sanglots, agitations, etc., etc., symptômes qu'elle attribue à la strychnine, répétant qu'elle n'a jamais rien éprouvé de pareil.

La conjonctive est redevenue insensible et la vue plus faible de ce côté.

5 février. — La malade peut marcher longtemps. — Pilules d'extrait gommeux d'opium, 5 centigrammes.

7 février. — Elle est faible et reste au lit. En somme, les vingt-cinq séances d'électricité et la strychnine n'ont pas produit chez elle de changement désirable.

12 février. — Frictions sur toute la surface des cuisses avec de l'huile de croton.

14 février. — Mêmes frictions sur les jambes.

16 février. — Elle peut marcher très-solidement.

Le 21 avril. — Elle sort guérie.

61. — *Sa mère morte d'une affection nerveuse. — Enfance maladive, mauvaise hygiène, gastralgie, caractère impressionnable. — Premier accès convulsif à 16 ans. — Chloro-anémie. — Céphalalgie. — Faiblesse de la jambe gauche, puis de la droite, analgésie, anesthésie, points hyperesthésiques, troubles des organes des sens, douleur lancinante dans l'aine quand elle pose le pied à terre, ou quand on appuie sur l'un des membres. — Persistance de la maladie. — Guérison.*

J'ai observé la malade dont il s'agit ici avec M. E. Goupil, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Briquet.

Je l'ai retrouvée plus tard à la Salpêtrière.

Le 15 février 1853, la nommée Rabon (Nathalie-Eléonore), âgée de 41 ans, couturière puis servante, est entrée à la salle Sainte-Marthe, n° 33, passée le 14 octobre 1853 à la Salpêtrière (bâtiment de la Vierge).

Elle est née à Paris. Sa mère, qui tomba malade à 30 ans après une fausse couche, est morte à 40 ans, souffrant depuis plusieurs années d'une maladie nerveuse. Cette malade a eu une enfance maladive, elle était chétive, sans force et sujette à des maux d'estomac et à des vomissements, qu'augmentait une mauvaise nourriture. Elle fut élevée durement, rudoyée. Son caractère était très-impressionnable. Réglée à 15 ans pour la première fois, elle eut pendant deux ans de l'aménorrhée et de la dysménorrhée. Elle a été prise d'accès convulsif à 16 ans pour la première fois : on l'a traitée à cette époque pour les pâles couleurs.

Mariée à 18 ans quoique très-chétive. Elle a eu quatre enfants. Elle a fait une fausse couche. Elle a eu deux couches sur quatre avec des attaques de nerfs et perte de connaissance. La première attaque a duré jusqu'après l'accouchement, la syncope s'est prolongée plus d'un jour après : ses enfants sont tous morts avec des convulsions ; une fille seule a été élevée jusqu'à 10 ans. Son mari a toujours été mal portant, ce qui la rendait constamment triste et préoccupée ; et alors ses attaques sont devenues plus fréquentes jusqu'à la fin de la première couche. — Vers 22 à 23 ans, quoique les circonstances antérieures fussent les mêmes, les accès hystériques sont devenus moins fréquents ; mais elle était tout aussi impressionnable : il en a été ainsi jusqu'à 32 ans. Vers l'âge de 40 ans, beaucoup d'ennuis et de préoccupation ont rendu les attaques plus fréquentes A l'occasion d'une émotion elle en a eu jusqu'à trois et quatre par jour pendant six semaines. — A 40 ans, quelque temps avant son entrée à l'hôpital, elle

n'en avait plus que très-rarement. Dans les premiers accès, la malade perdait connaissance dans la rue; elle avait de l'écume à la bouche.

Depuis un an, les attaques sont sans perte de connaissance; il n'y a que du tremblottement musculaire très-violent, sans roideur tétanique; elle éprouve à ce moment dans tous les membres des douleurs violentes qu'elle dit être plus fortes que celles que provoquent le galvanisme douloureux ou les incisions.

Séjour à Cochin. — Il y a dix-neuf mois, elle a été prise, sans autre cause bien appréciable que ses chagrins ordinaires, de douleurs vives dans la tête, et à l'hypocondre gauche, elle est entrée pour cela à Cochin où elle a fait une maladie assez grave; attaques hystériques assez fréquentes et des douleurs dans tous les membres. — On a donné le sulfate de quinine à haute dose, plusieurs vomitifs, qui ont paru exaspérer les douleurs d'estomac, et des purgatifs pendant douze ou quinze jours de suite, sans amener la moindre garde-robe. Elle n'a été soulagée par rien, et au bout de trois mois elle a voulu se lever et s'est aperçue que la jambe gauche était paralysée.

15 février entrée à l'hôpital.— Elle est dans l'état suivant: Il y a plusieurs mois que les attaques hystériques sont rares, elle n'en a pas eu depuis un mois. Les accès commencent par une boule à l'épigastre qui monte et s'arrête au-dessus de la partie supérieure du sternum, détermine un sentiment d'étranglement très-fort, difficulté extrême d'avaler qui ne peut être vaincue que par un effort de déglutition ou l'ingurgitation d'une très-grande quantité d'eau.

L'accès est toujours précédé de céphalalgie qui dure plusieurs heures avant son arrivée.

Aussitôt que se fait sentir la strangulation, les membres se roidissent, il y a un tremblottement général avec douleurs très-vives à toutes les jonctions des membres. Cette douleur est tellement vive qu'elle la trouve plus forte que celle que produit un galvanisme énergique; cela dure huit à dix minutes. A la fin de l'accès, suffocation, puis mal de tête et sentiment de brisement dans tous les membres; on a mis longtemps de l'eau froide sur la tête, ce qui calmait la céphalalgie; elle s'est dissipée à peu près seule depuis quinze jours.

L'embonpoint est ordinaire; lorsqu'elle souffre beaucoup, la mémoire paraît très-faible et quand elle ne souffre plus elle est meilleure, mais plus faible qu'auparavant; intelligence saine. — Les deux yeux sont à peu près également faibles, seulement sensibilité obtuse de la conjonctive gauche et de toute la joue du même côté.

Etat obtus de l'odorat, du goût, de l'ouïe à gauche. La narine et l'oreille gauche et le côté gauche de la bouche sont insensibles au contact. Le sens du toucher est altéré.

Très-légère diminution de la sensibilité de la peau dans le côté gauche du corps; un peu de faiblesse du membre supérieur gauche et un peu de douleur surtout lors du mouvement, dans les chairs du bras gauche. — Toujours une très-forte douleur à la région épigastrique, et à l'hypocondre gauche, augmentée par les mouvements. — Peu d'appétit, digestions toujours très-pénibles, très-douloureuses; douleur vive à l'attache inférieure et supérieure du muscle droit; absolument aucune douleur dans le flanc droit, menstruation régulière très-abondante, avec accompagnement de douleur dans l'hypogastre et la région fessière; point de leucorrhée, point de douleur dans la vulve, utérus non douloureux; il est dans la position normale, pouls à 70, bruit de souffle carotidien, cœur à l'état normal. — Membres inférieurs sans aucun amaigrissement; très-légère anesthésie de la peau du côté gauche. Douleurs à la partie interne des deux cuisses continues et bien plus fortes que celles du bras. Lorsqu'on excite la malade elles sont provoquées ou augmentées, et il s'y joint un tremblement convulsif de chacun des membres isolément. — Lors de la position verticale, douleur extrêmement vive dans les cuisses et dans les deux fesses. — Les membres ploient sous le poids du corps; aussi la malade ne peut-elle pas le moins du monde se soutenir. — Muscle des fesses également très-douloureux à la pression.

Galvanisation très-forte et de manière à produire une douleur très-vive dans l'hypocondre gauche. Aux premières tentatives, la douleur avait été enlevée pendant une heure et était revenue de suite; dans la dernière, la disparition de la douleur a été très-courte et elle est revenue plus forte après une demi-heure.

Elle a eu pendant sept mois un tremblement général des membres à la moindre émotion et au moindre contact; depuis un mois ce tremblement n'est plus que partiel, borné à un membre inférieur, et n'est seulement sollicité que par des émotions très-vives.

Sortie le 15 octobre 1853 pour aller à la Salpêtrière.

20 février 1854. — Depuis six mois la malade n'a pas eu d'attaques, elles n'ont plus lieu que provoquées par une émotion morale. — La vue est toujours mauvaise, surtout à gauche; le toucher est intact. Les points hyperesthésiques persistent, le bras gauche est faible, et la main ne peut arriver à la tête qu'après que l'avant-bras plié, s'est placé au-devant de la poitrine. — Elle a actuellement des douleurs dans les articulations, elle a eu autrefois un rhumatisme aigu général avec douleur vive au toucher.

12 mars. — Elle est constipée depuis dix-sept jours, les jambes sont recoquevillées, les pieds et les mains sont en sueur quoique froids. — Le moindre contact sur les jambes la fait tressaillir et lui cause dans

l'aine une douleur semblable à un coup de lance, mais ne provoque plus de tremblement; une céphalalgie intense lui laisse peu de repos. — Insomnie continuelle, les règles coulent peu mais régulièrement.

Aujourd'hui, 18 mai 1855, j'ai de nouveau observé cette malade. — Un grand changement s'est opéré dans son état, depuis plus d'une année que je l'ai vue. Au printemps et à l'été passé on la portait sur le gazon, elle s'y traînait une partie de la journée. L'appétit lui est revenu, et au bout de quelques mois elle a pu marcher difficilement, il est vrai, en traînant la jambe et en s'aidant d'une canne; actuellement la jambe gauche traîne encore, et non pas parce qu'elle est faible, mais toujours parce que la malade ressent, quand elle s'appuie dessus, une douleur lancinante dans l'aine gauche; ce même membre peut, dans la position demi-fléchie, supporter à lui seul tout le poids du corps. — Le tact est redevenu naturel, mais la vue est toujours faible, les menstrues paraissent régulièrement depuis sept mois. Elle a eu trois attaques avec mouvements convulsifs sans perte de connaissance. L'hyperesthésie cutanée des jambes à disparu. Elle a toujours les mêmes points douloureux à la pression. La moindre contrariété lui cause un tremblement qui passe de suite et diminue la force.

62.— *Céphalalgie très-intense; pas d'accès convulsifs.— Paraplégie hystérique remplacée par une paralysie du pharynx et de l'œsophage, à laquelle a succédé une aphonie complète et une paralysie du diaphragme.*

J'ai suivi la malade suivante, avec mon excellent ami M. E. Goupil, interne du service de M. Briquet. M. Duchenne, qui avait électrisé la malade, a publié le fait dans l'*Union médicale* (1853, p. 255), seulement au point de vue de la paralysie du diaphragme, qui a succédé à la paraplégie.

Le 25 novembre 1852, le n° 30 de la salle Sainte-Marthe (Charité), service de M. Briquet, a été occupé par Louise Deschamps, modiste, âgée de 30 ans; fille grande et d'une forte constitution, elle a eu soit la rougeole, soit la scarlatine, à 6 ou 7 ans. Réglée à 11 ans, et depuis elle l'a toujours été régulièrement, mais peu abondamment. Sa mère, qui était d'une bonne santé, est morte à 57 ans, en peu de jours, avec un côté paralysé; son père est mort tombé en enfance, par suite d'abus de boisson.

En 1831, elle a eu une fièvre intermittente pendant quatorze ou quinze mois, elle est alors devenue pâle et maigre.

Il y a sept à huit ans, elle commença à avoir des maux de reins, qui n'augmentaient pas pendant la marche; dans les premiers temps elle voyait en blanc. Cet état a duré quatre années, et dans cet intervalle l'utérus a été cautérisé cinq ou six fois. Les règles allaient alors très-bien : elle n'avait pas de pertes. Elle fut sujette à des migraines très-intenses, surtout du côté gauche de la tête, quelquefois au front ou en arrière, migraines accompagnées de nausées, durant cinq à six heures, l'obligeant à se coucher et revenant à la suite de la moindre contrariété. Pendant cette période, la malade était très-nerveuse.

Elle vint à Paris à l'âge de 16 ans, où elle travaillait comme lingère. A la suite d'une très-vive discussion (elle avait été accusée de vol, elle eut de forts élancements dans la tête), des éblouissements et des hallucinations; ce qu'on lui disait ressemblait, d'après son dire, à des ricanements diaboliques, à de violents reproches.

Quelques jours après, elle prit le lit, ayant des maux de tête violents, du délire avec cris; on fut obligé de l'attacher et de clore les fenêtres de sa chambre. En février 1848, elle partit pour son pays, où elle resta dix-huit mois comme idiote, on la couchait, on la menait comme un enfant.

Cette femme revint à Paris, et étant devenue paraplégique, elle entra dans le service de M. Louis, au n° 11 de la salle Saint-Roch, à l'Hôtel-Dieu, le 8 octobre 1849.

M. le docteur Leudet, alors interne, l'observa, elle resta dans le service jusqu'au 27 novembre 1850. Mon excellent ami, M. Corvisart, la vit à son tour : elle ne pouvait pas marcher ni se soutenir, mais au lit, les membres pelviens pouvaient se fléchir et remuer, à la condition de laisser reposer le talon. Elle pouvait changer de position et se coucher sur le côté ; le membre gauche était plus faible que le droit, les orteils exécutaient quelques mouvements, moins prononcés à gauche.

Il y avait anesthésie et analgésie de toute la peau des jambes et des cuisses, à droite, jusqu'au grand trochanter, à gauche, jusqu'au-dessus du pli de l'aine : la partie interne des cuisses avait conservé une sensibilité normale.

Elle urinait naturellement, mais la constipation était quelquefois gênante.

La malade avait, au toucher, tous les points hyperesthésiques des hystériques, dans les régions ovariques épigastriques, dans la gouttière vertébrale, etc. Elle éprouvait aussi de temps en temps de la douleur dans le dos, on lui mit des vésicatoires sur le rachis, la vue était faible surtout à gauche. Traitement tonique et ferrugineux.

En avril 1850, elle commença à se relever.

En juillet, elle ne pouvait plus marcher qu'avec l'aide de deux personnes.

Le 20 novembre, elle sortit étant parfaitement bien, et reprit son travail, mais éprouvant des alternatives de bien et de mal; on lui appliqua encore trois vésicatoires dans le dos.

Un assez long séjour qu'elle fit à la campagne améliora sa santé; mais, revenue à Paris et obligée de se remettre au travail, la paraplégie reparut aussi complète qu'avant.

Le 17 décembre 1851, elle rentra dans la même salle, ce fut mon ami, M. Leflaive, alors interne du service, qui étudia son état, elle présentait à peu près les mêmes symptômes que la première fois.

Le 25 janvier 1852, M. Bernus, qui remplaçait M. Louis, fit à la malade des reproches sur sa paresse, et lui ordonna de se lever. L'émotion lui donna du courage, elle essaya de marcher, des sanglots la suffoquaient, elle fit de grands efforts.

Le 5 février, elle fut prise d'œsophagisme complet avec impossibilité d'avaler aucun liquide.

On tenta alors l'électrisation du pharynx, le 11 février, et la malade commença, le lendemain, à avaler, mais elle était complétement aphone, la respiration était gênée.

Les traitements suivis par la malade ont été très-variés et n'ont amené qu'une amélioration passagère.

(*Note de M. Duchenne, de Boulogne.*) — État actuel. — « La malade respire habituellement quarante-deux fois par minute, sa respiration est encore plus précipitée quand elle parle ou lorsqu'elle fait quelques mouvements; elle n'a cependant aucune affection thoracique; elle n'éprouve aucune douleur; enfin, l'auscultation ne fait rien entendre qui puisse rendre raison de la fréquence de sa respiration. *Pendant l'inspiration, l'épigastre et les hypocondres s'affaissent, tandis que les parois thoraciques se dilatent.* Ce mouvement de dépression est beaucoup moins marqué dans les autres régions de la paroi abdominale, de telle sorte que l'enfoncement que l'on voit au-dessous de la base du thorax, au moment de l'inspiration, forme alors une espèce de ceinture. Quand la malade est agitée ou qu'elle a parlé un peu, sa poitrine se dilate davantage, et alors ce n'est plus une dépression circulaire qu'on voit au-dessous de sa poitrine pendant l'inspiration, c'est un enfoncement considérable de toute la région épigastrique qui semble rentrer dans la poitrine. *L'expiration présente des phénomènes tout à fait inverses, c'est-à-dire que les régions épigastriques se soulèvent pendant le resserrement de la poitrine.* La paroi thoracique se dilate en masse dans toute sa hauteur, sans que l'on puisse rapporter ce mouvement plutôt à la respiration costale supérieure qu'à la res-

piration costale inférieure ; les mouvements respiratoires ressemblent à ceux d'une personne essoufflée. La malade ne peut soupirer sans étouffer. Elle ne peut retenir sa respiration plus de deux à trois secondes, sans avoir le besoin de faire une nouvelle inspiration ; elle ne peut laisser sortir seulement l'air qu'elle a inspiré; elle ne peut souffler pendant plus de trois secondes, quelque effort qu'elle fasse ; il lui est même impossible d'éteindre une chandelle. L'aphonie est complète, la malade est forcée de reprendre haleine après avoir prononcé deux ou trois mots ; la phrase la plus courte la met dans un état d'anhélation extrême.

« La défécation est très-pénible, très-longue à s'accomplir, bien que les parois abdominales ne soient pas paralysées. Enfin, la coloration du visage, des lèvres, annonce que l'hématose n'est pas gênée par le fait de la paralysie du principal muscle de la respiration, le diaphragme. La santé générale est bonne. »

J'étais présent quand M. Duchenne fit plusieurs faradisations du nerf phrénique. La sensibilité excessive de la peau l'a obligé de l'anesthésier par une application de glace, et l'a empêché d'employer l'électricité à une dose suffisante pour qu'elle arrivât au diaphragme.

Le 7 mai 1853, elle est sortie sans que l'électricité ait produit un résultat bien manifeste.

63. — *Abandon, misère profonde, froid, fatigue ; à* 15 *ans, premier accident nerveux, précédé par de l'étouffement, de l'envie de vomir. — Chute, maladies aiguës, émissions sanguines nombreuses, aménorrhée. — Attaque convulsive, en même temps que la faiblesse s'est montrée, paraplégie. — Troubles des organes des sens, points hyperesthésiques. — Contracture, épistaxis, hématémèses. — Traitement par le fer, le quinquina, les bains sulfureux, les antispasmodiques, les ventouses scarifiées. — Guérison au bout de* 15 *mois.*

J'ai pris cette observation sous les yeux de M. Moissenet, avec mon excellent ami M. Emile Remilly, interne du service.

Louise Joly, âgée de 23 ans, non mariée, exerçant la profession de domestique, est entrée, le 3 avril 1853, à Saint-Thomas, hôpital de la Salpêtrière, et a passé, le 1er mai, à Saint-Denis, du même hôpital, au n° 16.

Antécédents. — Sa mère est morte phthisique. Elle n'a aucun pa-

rent vivant. N'a pas connu son père. Elle ne sait comment, de 4 à 8 ans, elle a vécu, tant son existence a été misérable ; à peine était-elle vêtue, toujours nu-pieds ; à cette époque elle se mit bonne d'enfant jusqu'à l'âge de 10 ans.

A 10 ans, elle trouva un emploi de fille de ferme, elle travailla à la terre, et souffrait des fatigues excessives, il lui arriva souvent, après avoir été mouillée, de sécher ses habits sur son dos.

A 15 ans, Louise fut prise du premier accident nerveux précédé par un étouffement, du malaise, de l'envie de vomir, elle y a été toujours sujette de quinze à seize fois par an.

A l'âge de 18 ans, en essayant de grimper sur une meule, elle fit une chute suivie de plaie de tête, et de fracture du cubitus, elle resta vingt-quatre heures sans connaissance, on l'a saignée. Depuis cette époque elle a été saignée neuf fois dans différentes maladies aiguës, telles qu'un rhumatisme général qui a duré quinze mois, une fièvre typhoïde, vingt-cinq jours, un érysipèle grave de vingt jours ; plusieurs fois elle a été presque asphyxiée par des fourneaux.

Depuis quatre ans, à l'âge de 19 ans, elle a toujours souffert de violents maux de tête qui, au début, s'accompagnaient de tic douloureux de la face.

Louise était d'un caractère triste et s'affectait beaucoup de l'abandon dans lequel elle vivait, elle ne cherchait pas à se distraire avec les gens qui l'entouraient.

Elle est d'un tempérament lymphatique, elle n'a été réglée qu'à l'âge de 20 ans ; elle a eu, à 18 ans, de la leucorrhée et des tiraillements qui ont disparu dès l'apparition du flux menstruel. Pendant trois ans elle a été réglée, mais très-irrégulièrement ; la faiblesse a commencé à se faire sentir à 23 ans.

Elle n'a jamais eu d'amours contrariées ; elle ne se rappelle pas avoir été sous l'influence d'une cause morale particulière, lorsqu'elle a été prise de sa première attaque convulsive.

Celle-ci a eu lieu le 2 avril, elle n'a pas été accompagnée de perte de connaissance, mais la malade a eu des mouvements convulsifs très-violents de tous les membres ; l'attaque dura trois heures et demie, et pendant tout son cours la malade resta maîtresse de ses facultés intellectuelles : elle se souvient d'avoir entendu l'interne de garde lui prescrire un lavement froid, et d'avoir été un peu brusquée par lui. Elle a été prévenue au début de l'attaque par la sensation d'une brûlure à l'épigastre, et celle d'une boule suivie de strangulation caractéristique. Elle a eu des sueurs froides pendant cet accès, qui se sont répétées même après sa disparition ; des picotements se sont fait sentir sur tout le corps et principalement au front, ainsi que des fré-

missements convulsifs des paupières et des bourdonnements d'oreilles très-violents, qui se sont dissipés, et qui reviennent tous les jours à la même heure, à huit heures du soir, et durent de une à deux heures, elle n'a pas eu d'écume à la bouche : toute sa pensée était portée sur tous les points où elle ressentait des douleurs excessives, dans les poignets, dans les doigts, les jarrets, les articulations du pied et surtout dans la hanche gauche; dans cette dernière articulation elle éprouva une sensation de brûlure tellement forte qu'elle crut qu'on la cautérisait avec un fer chaud; cette sensation de brûlure devint encore plus vive lorsqu'elle entendit l'interne de garde dire à l'infirmière d'aller chercher un fer chaud, pour essayer par là de faire cesser l'attaque en effrayant la malade. Elle a eu des palpitations de cœur très-violentes, de la migraine, des éblouissements : elle a senti cesser l'attaque.

4 avril. — Le lendemain de son entrée, à la visite, *elle a de la contracture dans les doigts, dans les bras, dans les jambes, qui persiste depuis la veille.* Elle ne remue que très-difficilement les jambes; elle est agitée la nuit, a le sommeil très-difficile et est obligée quelquefois de laisser pendre ses jambes pour tâcher de faire cesser les picotements intolérables qu'elle y ressent; elle en éprouve du soulagement.

La malade a des points douloureux tout le long du rachis, et particulièrement au niveau de l'omoplate; ils deviennent plus sensibles quand elle est aux époques; sur la clavicule gauche et dans quelques points des espaces inter-costaux, mais nullement suivant une ligne circulaire, comme cela a lieu dans les affections myélo-rachidiennes; ces points douloureux se retrouvent encore le long de la crête des tibias, dans les deux articulations des genoux et tibio-tarsiennes, à la plante des pieds et aux deux articulations métatarso-phalangiennes au gros orteil. Elle en éprouve de semblables lorsqu'on vient à exercer la pression, soit aux régions ovariques, soit à l'hypogastre, soit à l'épigastre.

Non-seulement, la *sensibilité* au tact et à la douleur est nulle sur tous les points de la surface tégumentaire, mais elle est encore éteinte sur quelques-unes des surfaces muqueuses accessibles à nos moyens d'investigations : ainsi la barbe d'une plume, promenée sur la conjonctive, ne détermine aucun clignement des paupières, pas plus qu'elle ne fait tousser la malade lorsqu'on la lui passe sur la muqueuse du pharynx des fosses nasales. Les mamelons sont les seuls points de toute la peau qui aient conservé leur sensibilité; cependant la sensibilité de la muqueuse du vagin n'a pas subi la modification générale, et le doigt introduit dans ce canal, détermine des mouvements très-brusques de la part de la malade.

Elle est restée sourde pendant les quinze jours qui ont suivi sa première attaque, elle n'a eu aucun trouble du côté de la vue, mais a perdu le sens de l'odorat et ne goûte rien de ce qu'elle mange; le sel et le sucre placés sur la langue n'y déterminent aucune sensation.

Le sens du toucher est très-perverti, et pour que la malade remue un objet placé dans ses mains, il faut qu'elle le voie en même temps qu'elle le saisit. Elle ne peut pas dire si cet objet est chaud ou froid. Elle ressent des fourmillements dans les doigts qui remontent jusqu'aux plis des bras et qui disparaissent pour reparaître encore par intervalle.

La malade ne se tient debout que difficilement, elle laisse traîner le pied gauche en marchant; les deux jambes sont très-faibles; paraplégie du membre inférieur gauche. Cette faiblesse est modifiée depuis quelques mois, et augmente graduellement.

Pendant les quinze jours qui ont suivi la première attaque, elle a éprouvé de très-fortes coliques, de la tympanite et des mouvements vermiculaires très-prononcés, accidents causés par l'air que la malade a avalé pendant l'accès nerveux.

La malade a été saignée deux fois et a eu quarante sangsues à l'anus, trois jours après sa première attaque; une deuxième attaque l'a prise le 20 avril, et une troisième le 26.

Il y a quinze jours elle fut prise de maux de cœur pendant qu'elle était dans un bain sulfureux, eut *une hémathémèse,* et vomit un demi-verre de sang pur. L'émission de l'urine est naturelle, il y a de la constipation. Les voies respiratoires sont saines, il n'y a de développement anormal ni du foie ni de la rate.

Pendant les quinze mois que cette malade a séjourné à l'hôpital, il a été tenu un journal détaillé des accidents variés et fréquents qui l'ont tourmentée.

Je n'en donnerai qu'un extrait afin d'éviter des répétitions et des longueurs.

Dans le mois de juin, la malade a souvent vomi, elle a éprouvé des douleurs dans les bras et les jambes qui ont troublé son repos, et des bourdonnements d'oreilles continuels, de la céphalalgie, qui a disparu à plusieurs reprises, à la suite d'épistaxis.

Vers la fin du mois, la marche a été un peu plus facile, l'insensibilité générale a persisté. Elle a ressenti de violentes douleurs lombaires qu'une application de quinze ventouses scarifiées a diminuées. Des pilules ferrugineuses et des lavements d'assa fœtida, des bains sulfureux.

Dans le mois de juillet, *la douleur des reins est beaucoup moins forte. La sensibilité revient, et la malade commence à goûter ce qu'elle mange.*

Elle sent la jambe gauche sans pouvoir toutefois la lever. La barbe d'une plume, promenée sur la conjonctive ainsi que dans le pharynx et le voile du palais, lui occasionne une sensation de chatouillement bien nette. La sensibilité est plus marquée à droite qu'à gauche. A chaque lavement d'assa fœtida que la malade prend, elle ressent dans tous les membres une sensation de chaleur qui commence dans les jambes et les jointures, et s'étend en montant jusqu'à la gorge.

Depuis le commencement de sa maladie, la constipation est opiniâtre, elle n'a pu être vaincue ni par l'administration soutenue de l'eau de Sedlitz, dix jours de suite, ni par l'administration de la rhubarbe, de l'huile de ricin ou de la médecine noire, de pilules d'aloès; grande irrégularité dans les époques. Pendant quinze jours elle prend du vin de quinquina.

8 juillet. — *Elle a une épistaxis assez considérable. On la fait lever et elle marche sans qu'on ait besoin de la soutenir : elle traîne beaucoup moins le pied gauche.*

La sensibilité que la malade avait recouvrée est devenue le siége de fourmillements qui remontent des doigts à l'aisselle ; il y a dans les membres supérieurs une hyperesthésie tellement vive qu'on ne peut pas la toucher sans lui arracher des cris; la sensibilité est nulle dans toute la région cervicale.

Les jours suivants, la sensibilité est redevenue naturelle dans les membres supérieurs.

Le 17 juillet, la malade a un saignement de nez.

Le 18 juillet, il survient une attaque qui dure un quart d'heure; la malade ne perd pas connaissance et éprouve une sensation de strangulation extrême : *cependant, point de perturbation de la sensibilité à la suite de cette attaque.*

Chaque jour, jusqu'au 31, elle a une épistaxis.

Les jours suivants, la sensibilité disparaît et reparaît par intervalle dans différents points de la surface du corps.

8 août. — Au sortir du bain elle se sent prise de ses douleurs de reins; elle n'a pas pu monter les escaliers. — La respiration est difficile. — Elle éprouve du tremblement et du picotement dans les mains. — La céphalalgie, qui a commencé hier dans la soirée, dure encore aujourd'hui. — Ventouses scarifiées.

19 août. — La malade a cinquante-quatre respirations et son pouls est à 120. Dyspnée très-grande. — Palpitations et douleurs précordiales. Les bruits du cœur sont sourds : rougeur extrême de la face. Pendant toute la nuit elle a éprouvé des douleurs dans les reins, les genoux et les bras, et a eu une soif ardente : elle ne tousse pas. Tous

ces accidents ont été précédés de frisson, il y a une péricardite légère. — On prescrit une saignée, des sinapismes.

A la suite de cette affection aiguë, qui a duré cinq jours, la sensibilité a entièrement disparu depuis que la malade a repris le lit. La faiblesse s'est beaucoup accrue. Elle ne peut descendre du lit et se porter sur ses jambes.

3 octobre. — La malade a eu une attaque ce matin, après quelques tentatives qu'on a faites pour lui arracher une dent dont elle souffre depuis quelques jours ; pendant l'attaque, elle a été agitée de violents mouvements des extrémités supérieures et inférieures : la paralysie des membres abdominaux a momentanément disparu durant l'accès ; prescription d'un lavement d'assa fœtida qu'elle a continué de prendre pendant les trois jours suivants.

6 octobre. — Extraction de la dent dont la malade souffrait, elle éprouve dans toute sa vivacité la douleur que provoque habituellement cette opération : cependant elle la supporte sans qu'il en résulte d'accès.

Vomissements incessants pendant le mois d'octobre, douleurs dans les membres, les épaules et dans l'estomac : elle a vomi à peu près *trois cuillerées de sang*, dans la soirée d'hier : la sensibilité est entièrement abolie et la malade ne peut quitter le lit sans éprouver des étourdissements qui la forcent à le reprendre aussitôt. — Elle n'a pu rester dans son bain sulfureux : pot. de valériane, 30 gr. avec sirop de quinquina, 30 gr. — Glace.

23 janvier 1854. — Depuis le commencement de l'année, elle n'a pas de vomissements. — La malade se lève et peut se soutenir sur ses jambes en traînant toujours le pied gauche. Quand elle a ses règles, qui ne durent qu'un quart d'heure, la douleur dorsale et l'oppression épigastrique augmentent. — Toujours grande sensibilité nerveuse, et parfois tremblements convulsifs des membres. — Appétit modéré. — Sommeil presque nul. — Migraine.

Le 5 février. — Les règles coulent un quart d'heure. — Le sang est pâle. — Quelques gouttes.

7 février. — Vomissements qui continuent jusqu'au 20 février.

Elle passe au n° 3 de la salle Saint-Thomas. — Maux d'estomac. — Douleurs générales. — Céphalalgie intense. — Quand elle pose les pieds à terre le sol lui semble comme du coton. — Elle peut encore marcher, mais plus faible. — Fourmillements dans les jambes presque ontinuels. — Les pieds et les mains sont froids et en sueur.

Constipation de six semaines qui ne cède qu'à des lavements salés. Elle est souvent vingt-quatre heures sans uriner, la vessie pares-

seuse, mais elle n'a pas de rétention. — Plus d'attaque depuis. — Elle engraisse (sirop de valériane et de quinquina).

Au mois d'avril, elle descend tous les jours au jardin avec l'aide d'un bras, elle s'expose au soleil et se promène, la distraction dissipe un peu sa tristesse habituelle, les attaques convulsives n'ont pas reparu depuis le mois d'octobre, elle a eu quelquefois seulement un tremblement nerveux.

Au mois de mai, les forces lui permettent de marcher et de descendre seule et facilement les escaliers.

En juin, elle aide les infirmiers dans leur service. La sensibilité générale est encore obtuse, les points douloureux, du dos, de l'aine, etc., existent encore. — Le goût est redevenu naturel. — Elle sort le 26 juillet 1854 guérie de sa paraplégie.

64. — *Dysménorrhée, frayeur vive, attaques convulsives, grossesse, hémorrhagies rectales, douleur profonde des membres, faiblesse, paraplégie. — Anesthésie de la peau des muscles, des surfaces osseuses, toucher et odorat abolis. — Hématémèses très-abondantes et très-répétées. — Galvanisation. — Guérison.*

J'ai recueilli l'observation suivante lorsque j'étais externe de M. le professeur Chomel.

Les premiers détails m'ont été donnés par mon ami M. Armand Moreau, qui m'avait précédé dans le service; et M. Duchenne, de Boulogne, à qui je l'ai communiquée, m'a donné les détails de l'application de l'électricité.

Le n° 1 de la salle Saint-Bernard est occupé par une femme âgée de 23 ans, domestique, nommée Julie Blée, entrée le 22 avril 1847.

Cette malade, de taille moyenne, d'un tempérament nerveux, n'a jamais fait de maladie grave jusqu'en 1842. Réglée à 15 ans irrégulièrement dès le début, à des intervalles de plusieurs mois, elle avait des pertes blanches.

En 1842, au bruit d'une lutte violente qui eut lieu dans la maison qu'elle habitait, une vive émotion supprima ses règles qu'elle avait en ce moment, et elle fut *saisie d'une première attaque, qui dura trois ou quatre heures.*

D'autres attaques survinrent à des intervalles différents. Un mois, quatre mois, six mois, devenue enceinte, elle éprouva pendant la gestation quelques pertes de sang par le fondement; puis vers la fin de la

grossesse survinrent des douleurs profondes dans les membres, *la marche devint pénible, l'équilibre se perdit.*

Entrée le 22 avril, la veille de son entrée à l'hôpital, elle accoucha d'un enfant mort.

2 mai. — Premier vomissement de sang ; l'on pratique une légère saignée.

9 mai. — Prenant un bain chaud, elle est saisie d'un frisson et d'un tremblement ; les lochies se suppriment ; les jours suivants, maux de reins, douleur dans le bas-ventre et à l'épigastre. Besoins d'uriner qu'elle ne peut satisfaire qu'après une attente d'une demi-heure. *Elancements dans les bras et dans les jambes.*

Douleurs entre les deux épaules. — Soif. — Perte d'appétit. — Maux de tête. — Fièvre. — Sueurs. — Mal de gorge. — Langue chargée. — Quelques rougeurs passagères dans les bras.

13 mai. — Vaccinée pour la première fois, les boutons ne se développent pas.

19 mai. — Première attaque d'hystérie à l'hôpital, revenant quatre jours de suite sans influence morale, précédée par la sensation d'une boule remontant de l'estomac vers la gorge, caractérisée par des mouvements convulsifs de tout le corps qui se plie en deux, avec perte de connaissance et absence de cris.

La dernière s'est montrée au mois de février.

A la suite de ces attaques, la malade est courbaturée, elle n'a pas de fièvre.

Juin. — Point d'attaques. — Une fois la malade se lève. — *Elle ne peut marcher seule, et malgré le soutien qu'on lui prête, à chaque pas elle est forcée de s'asseoir.*

Pertes blanches, pertes de sang, par le fondement. — La malad dit ne point avoir d'hémorrhoïdes. — Constipation. (Souffle dans le vaisseaux carotidiens.)

Insensibilité de toute la surface cutanée, sauf en deux points, l'u au sein gauche, l'autre au-dessus de l'aine, du côté droit.

Plus tard, ces points deviennent eux-mêmes insensibles : — insensibilité de la conjonctive gauche du voile du palais et du pharynx. — Le manche d'une cuiller enfoncée dans la gorge n'éveille aucune sensation. — Apparition sur les bras de petites tumeurs ayant apparence de ganglions lymphatiques sous-cutanés. — Besoins d'uriner qu'elle ne peut satisfaire ; on la sonde, elle sent le passage de la sonde. La sensibilité de la face plantaire tantôt disparaît à la suite des attaques ou d'hémorrhagie du rectum, tantôt reparaît. Il y a *perte du sens du toucher* et de la sensibilité générale de la main. Un corps

brûlant placé dans ses mains ne donne lieu à aucune sensation, quoiqu'il y détermine une vive rougeur.

Août et septembre. — La peau des mains et des pieds est ramollie par une transpiration continuelle.

Maux de tête habituels. — Insomnie. — Nausée. — Eruptions fugitives.

Pouls variant entre 80 et 100 pulsations. Les jambes sont d'un rouge vineux dès qu'elles sont dans la position verticale. — Les règles ne reviennent pas.

L'examen au spéculum est difficile et douloureux. Constriction spasmodique de l'orifice du vagin. — Le col de l'utérus est un peu tuméfié, rouge foncé, présente quelques granulations, les parois vaginales sont d'un rouge intense. Un peu de sang s'écoule. Bains fréquents. — Injections.

8 octobre. — Vomissement de sang rouge foncé ; — sirupeux, remplissant la moitié d'un crachoir ; il y a quelques caillots noirs.

Le vomissement n'est pas accompagné de toux. — Ce phénomène se répète tous les jours pendant les mois d'octobre et de novembre, à peu d'exception près.

Douleur à l'épigastre. — Inappétence. — L'écoulement blanc augmente.

La glace administrée a paru retarder ces vomissements. L'émission des urines se fait naturellement.

22 novembre. — M. Chomel pratique le toucher vaginal, la malade croit qu'on la touche tandis qu'on la pince avec les ongles. Il y a donc analgésie de la muqueuse vaginale. Vomissements de sang, attaques ces jours derniers. — La malade n'a point d'appétit. Elle ne mange qu'une portion depuis près d'un mois. Bains plusieurs jours de suite.

24 novembre. — Le matin elle est plus sombre que d'habitude, elle a pleuré. — A midi, une attaque dans laquelle elle se débat violemment. — Claquement de dents qui suit l'attaque dont la durée a été d'une heure et demie.

Les deux jours qui suivent, elle est oppressée et accablée. (Lavement d'assa fœtida.)

Il ne se passe rien jusqu'à la nuit du 19 au 20 janvier, où elle a vomi un litre et demi de liquide brunâtre, couleur de chocolat, contenant moins de sang que les fois précédentes. Cet accident a été, comme toujours, accompagné d'une vive rougeur à la face.

La paraplégie est toujours complète, la malade ne peut plus ni marcher ni se tenir debout.

21 janvier 1848. — Nouvelle hématémèse. (On lui fait boire de l'eau de Seltz sucrée.)

22 janvier. — Attaque qui dure quatre heures pendant laquelle *ses jambes avaient retrouvé le mouvement.*

23 et 28 janvier. — Je suis obligé de sonder la malade; depuis ces deux cathétérismes, la malade peut uriner seule.

Pendant le cours de l'année, l'état de la malade ne s'étant pas amélioré, M. Chomel se décide à soumettre la malade au traitement galvanique, vers la fin de décembre 1848.

On constata de nouveau l'état de la maladie. Anesthésie de l'enveloppe cutanée, à l'exception de la plante des pieds. Perte des sens, du toucher et de l'odorat. Insensibilité du voile du palais et du pharynx. La cuiller est profondément enfoncée dans le gosier et laissée quelques secondes sans y exciter la moindre sensation.

Les membres inférieurs offrent un abaissement de température sensible à la main.

Elle se plaint constamment du froid aux pieds. Dans la position *horizontale,* les membres inférieurs sont difficilement changés de place, la flexion et l'extension se font mollement et incomplétement.

Dans la position *verticale,* les jambes deviennent violettes. La station ne peut avoir lieu sans l'aide de deux personnes, et alors les pieds tournent en dedans, leur bord externe repose sur le sol. Si la malade veut marcher, elle se livre à de tels efforts pour porter un des membres en avant, qu'après deux ou trois pas on est forcé de la porter dans son lit.

Persistance des attaques de l'hématémèse et des déjections sanguines; garde-robes rares. L'électro-galvanisme localisé, employé comme moyen de diagnostic, on constate que la peau est insensible aux excitateurs électro-cutanés, que les muscles se contractent sous l'influence de la galvanisation directe ou indirecte, sans que la malade en ait la perception et sans qu'elle éprouve la sensation de fourmillement et d'engourdissement produite par l'excitation des troncs nerveux. Les surfaces osseuses placées sous la peau sont aussi insensibles.

M. Chomel constate que la sensibilité cutanée est revenue complétement.

M. Duchenne s'est servi pour cela de deux électrodes ou balais, formés par des fils de laiton d'un très-petit diamètre, isolés par des manches en verre et mis en rapport avec son appareil, au moyen de cordons conducteurs.

La galvanisation cutanée n'a pas amélioré les sens du toucher, de l'odorat et la sensibilité pharyngienne.

Première expérience pour rétablir le sens du toucher. Les balais métalliques sont placés sur la pulpe des doigts dont la peau est légèrement humectée.

Par ce procédé, les phénomènes locaux sont mixtes, c'est-à-dire qu'ils excitent la peau et les nerfs collatéraux. Les excitateurs doivent être placés sur les doigts d'une *seule main*, si l'on veut obtenir des effets locaux ; car si l'un était placé sur les doigts de la main droite, et l'autre sur les doigts de la main gauche, le courant passerait par les ramifications nerveuses dans le tronc, puis dans les autres embranchements nerveux exerçant une action pour ainsi dire reflexe, caractérisée par la contracture très-énergique et très-douloureuse des muscles fléchisseurs du bras et de l'avant-bras. C'est ce que l'on éprouve lorsque l'on serre dans les mains les cylindres d'un appareil, au risque de développer une névralgie profonde.

Après une séance qui a duré dix minutes, la malade distingue les objets qu'on lui présente. Cependant la sensibilité factice est encore obtuse.

Deuxième expérience, pour rappeler l'odorat et la sensibilité pharyngienne.

Un des électrodes humides étant placé sur un point quelconque de la peau, l'autre va toucher à plusieurs reprises un excitateur métallique dirigé vers la moitié supérieure des fosses nasales, au point d'émergence des nerfs olfactifs.

La malade qui, avant l'opération, était insensible à l'ammoniaque, distingue parfaitement les odeurs qu'on lui fait passer sous le nez.

Le voile du palais et le pharynx sont excités de la même manière, et la malade, qui restait insensible aux premières étincelles, témoigne de la sensibilité par des nausées, après une vingtaine d'étincelles.

Pour rétablir les sens de l'odorat et du toucher dans toute l'intégrité, il a fallu trois séances; la sensibilité pharyngienne n'en a demandé qu'une seule.

11 mars 1849. — Le retour de la menstruation a été précédée d'une attaque d'hystérie assez forte et de quelques douleurs lombaires, le sang ne coule qu'un jour et en petite quantité.

Quoique la galvanisation ait été suspendue pendant huit jours, la malade n'a rien perdu des bons résultats du traitement.

Elle n'à plus d'hématémèse, plus de pertes par le fondement. La constipation est toujours la même.

La paraplégie est au même degré.

M. le docteur Duchenne se sert des mêmes cylindres à manches de verre, dans lesquels sont placées des éponges imbibées d'eau simple

qui, appliquées sur la peau, conduisent en masse l'action électrique dans les organes sous-cutanés.

La première séance dure dix minutes, M. Duchenne fait contracter chacun des muscles des régions profondes et superficielles des membres inférieurs, ceux de l'abdomen et de la région lombo-dorsale, puis il produit des mouvements d'ensemble en limitant l'excitation dans les nerfs cruraux et poplités internes et externes.

27 mars. — A la huitième séance, la malade fait facilement des mouvements dans le lit. Debout, elle pèse moins sur les bras qui la soutiennent.

2 avril. — Les pieds ne tournent plus en dedans et posent bien à plat sur le sol. La malade fait le tour de la salle à l'aide d'un bras, mais la marche est lente et pénible. Emissions des urines plus faciles.

15 avril. — Dixième séance. Depuis plusieurs jours la malade descend au jardin à l'aide d'un bras et reste levée une grande partie du jour.

26 juillet 1849. — Quarantième séance. La malade marche seule et sans perdre l'équilibre, mais elle ne peut courir.

Elle descend l'escalier sans se tenir à la rampe.

65. — *Accidents hystériques. — Marche forcée. — Gonflement des malléoles. — Douleur au genou et à la hanche gauche. — Claudication traitée avec succès pour une coxalgie. — Mêmes symptômes du côté opposé, même traitement. — Douleur des reins. — Paraplégie complète du mouvement, sensibilité naturelle, les douleurs articulaires disparaissent. — Embonpoint. — Deux applications de moxas sur les reins sans effet ; considérée comme incurable. — Mouvements convulsifs des bras et des jambes qui s'entre-choquent, quand on la met sur une chaise et qui disparaissent quand elle est recouchée. — Vomissements opiniâtres. — Points hyperesthésiques. — L'électricité rend la marche possible en dix jours. — Rechute à toutes les époques, en huit jours l'électricité rend aux membres leurs mouvements. — Strychnine. — Guérison définitive.*

L'exemple qui suit est des plus remarquables. — La jeune fille qui en fait le sujet, est sujette à des accidents hystériques bien tranchés; devenue paraplégique à une certaine époque, son état s'améliora, elle put marcher, et pendant plus d'une

année les règles étaient suivies de la perte du mouvement qu'elle recouvrait au bout de quelques jours. On peut attribuer ces changements subits à une congestion momentanée de la moelle.

J'ai suivi cette malade avec mon excellent ami M. le docteur Becquet, ex-interne, lauréat des hôpitaux. J'ai continué à la suivre pendant six ans.

Louise-Caroline Caby, âgée de 24 ans, occupa le n° 12 de la salle Saint-Roch, hôpital de l'Hôtel-Dieu, service de M. Boyer.

9 octobre 1847. — Alors qu'elle est entrée, la malade avait des douleurs dans les membres inférieurs; les douleurs coïncidaient avec un affaiblissement considérable; la malade pouvait se soutenir et même marcher, mais en traînant, il est vrai, péniblement les jambes.

Lorsque M. Becquet vit cette femme pour la première fois, au mois de janvier 1848, elle était dans un état complet de paraplégie, et voici les renseignements qu'il put obtenir d'elle sur son état de santé antérieure.

Au mois de février 1847, la malade vit gonfler les malléoles du pied gauche; le gonflement disparaissait assez faiblement par le repos au lit, pour reparaître aussitôt qu'elle essayait de marcher. Cette jeune fille fait remonter cette tuméfaction autour des malléoles, à une marche excessive, conseillée par son médecin pour combattre des accidents hystériques. Bientôt le gonflement malléolaire ne fut plus le seul accident; elle ressentit de la douleur dans l'étendue du membre gauche, surtout à la cuisse et à la hanche; les parties molles devinrent flasques, il survint de la claudication.

Au mois de mai, la malade entra à la Pitié, où elle fut traitée comme atteinte de coxalgie. On appliqua des vésicatoires, et des cautères autour de la hanche. Ce traitement parut suivi de bons effets. Cependant la malade quitta la Pitié et entra à l'Hôtel-Dieu.

Quinze jours après son entrée, la malade ressentit des élancements dans le genou droit, dans la cuisse et dans la hanche. On pensait avoir affaire à un rhumatisme, ou bien on soupçonna qu'une nouvelle coxalgie se montrait dans le côté droit et qu'elle se manifestait ici tout d'abord par des douleurs sympathiques dans le genou. Cependant, on appliqua des vésicatoires et des cataplasmes autour du genou; quelque temps après survinrent des *douleurs de reins que la malade croit pouvoir* faire remonter à une chute faite sur le dos dans un escalier, il y a environ deux ans.

Pendant les deux mois d'octobre et de novembre, ces douleurs de

reins coïncidaient avec les douleurs du genou droit et de la hanche gauche. N'était-il pas possible de supposer des douleurs rhumatismales articulaires, causées peut-être par une altération organique, *en même temps* qu'un ramollissement inflammatoire, ou tout autre travail pathologique, se faisait du côté de la moelle? C'est qu'en effet les membres inférieurs s'affaiblirent, et cet affaiblissement aboutit graduellement à une paralysie complète du mouvement, bien que la sensibilité fût conservée.

Un fait digne de fixer l'attention, c'est qu'en même temps que la paralysie survenait, les douleurs articulaires avaient peu à peu disparu.

La paralysie était complète depuis décembre; cette jeune fille avait de l'embonpoint, surtout à la face et aux membres supérieurs. A la fin de décembre, on lui avait appliqué sur les lombes deux moxas dont les escarres n'étaient pas encore détachées. Dès lors la malade, considérée en quelque sorte comme incurable, ne fut que l'objet de soins secondaires.

Cependant, le 9 février, on appliqua de nouveau des moxas, sans obtenir de résultats plus heureux.

Des cautères furent encore appliqués dans les premiers jours d'avril, sans plus de succès.

Je vis cette malade pour la première fois dans un moment où elle présentait un phénomène curieux, qui s'était manifesté depuis l'application des premiers moxas. Lorsque la malade était couchée, elle se servait de ses bras avec facilité et souvent même faisait très-aisément des ouvrages de couture; mais dès qu'elle était assise sur une chaise elle était prise de mouvements involontaires se manifestant dans les jambes; celles-ci étaient alternativement éloignées et rapprochées l'une de l'autre; les bras étaient animés d'un mouvement analogue et venaient se choquer sur la poitrine; ce mouvement convulsif avait certainement quelque chose de ressemblant à la chorée, mais contrairement à ce qui se manifeste dans cette maladie, le mouvement était toujours identique à la main et continu. La malade était d'ailleurs dans l'impossibilité de porter un verre à la bouche, ni de rien faire de ses mains. Si on la couchait, cette agitation durait encore une heure ou deux, diminuait d'intensité, puis disparaissait complétement.

Un autre phénomène purement nerveux, et qui devait faire soupçonner chez cette femme un élément hystérique prononcé, étaient les *vomissements*, combattus d'abord par un vomitif qui resta sans succès, et puis par l'emploi du sous-nitrate de bismuth, qui sembla n'amener aucun résultat. Elle avait deux points hyperesthésiques au toucher, l'un à

l'épigastre, l'autre dans la gouttière vertébrale gauche. Il n'y avait aucun trouble des organes des sens; la cornée de l'œil gauche était insensible, la mixtion était naturelle; elle n'allait à la selle qu'avec des lavements.

M. Boyer la remit entre les mains de M. le docteur Duchenne, le 9 avril 1848. Ce dernier électrisa une première fois, une seconde fois sans résultat, se contentant d'aller réveiller dans chaque muscle des membres inférieurs la puissance contractile. Les vomissements qui se continuèrent et même d'une manière alarmante, malgré l'emploi prolongé du sous-nitrate de bismuth, furent alors combattus avec succès par l'emploi de la glace; on engagea le sujet à toujours en avoir un morceau dans la bouche. Dès ce jour les vomissements disparurent; la glace fut continuée quelques jours encore.

Cependant, impatiente de juger des effets de l'électricité, la malade essaya de se lever et n'éprouva dans son état aucune amélioration. Les conducteurs sont promenés, non-seulement sur le membre inférieur, mais aussi sur le supérieur, pour chercher à remédier au tremblement. La malade est galvanisée, dans la journée elle a pu se tenir debout et faire dans la salle quelques pas en se soutenant sur le bras d'une infirmière; elle ne fit cependant que traîner le pied sur le parquet sans le lever de terre, les bras et les jambes furent encore agités convulsivement.

Les bras tremblent encore, mais moins que la veille; la malade se tient debout sans le secours de personne, elle ne peut cependant que traîner les pieds. Elle n'avance qu'en glissant, et sa démarche est rendue très-incertaine par le tremblement des jambes qui se choquent encore quoique moins fort.

Cette personne, cédant au plaisir qu'elle éprouve à marcher, se fatigue, et le pied gauche qui, pendant tout le temps de la maladie, est resté un peu tuméfié, se gonfle aussitôt; elle a du reste parfaitement le sentiment d'une faiblesse plus grande dans la jambe gauche.

Le 15 avril. — Les conducteurs sont promenés sur les quatre membres et sur la région lombaire; les tremblements sont moins forts, plus de sûreté dans la jambe; tremblements presque disparus; la malade peut porter un objet dans la main, il lui est impossible en marchant de soulever un peu les pieds.

Le 17. — Le tremblement du bras a si bien disparu que la malade, assise avec les autres, peut faire, à leur grand étonnement, des ouvrages de couture. Elle peut marcher en soulevant le pied, mais il y a ceci de remarquable, qu'à chaque pas les pieds sont sensiblement ramenés en dedans, comme par l'action plus énergique du jambier

antérieur, ce qui donne à la marche quelque chose de très-incertain. Elle essaye de descendre un escalier sans y parvenir.

Le 19. — La malade peut monter et descendre cinq ou six marches d'un escalier, puis monter à la salle Saint-Landry, située à l'étage supérieur. Dans la journée elle descend et traverse tout l'hôpital, se rend à Saint-Jean. Cette course, bien certainement au-dessus de ses forces, amène un gonflement très-considérable du pied gauche, ce qui ne l'empêche pas de rester levée toute la journée les jours suivants.

Le 24. — *Les règles, survenues dans la matinée, paraissent apporter une modification dans les résultats obtenus jusqu'ici. Caroline ne peut plus marcher qu'en se tenant aux lits ou en s'appuyant sur quelqu'un* (galvanisation suspendue).

La malade reste cinq jours dans le même état; il semble que la paralysie va se reproduire; la menstruation ne présente d'ailleurs rien de particulier, elle est seulement un peu plus abondante.

Le septième jour, la malade marche un peu plus facilement quoique encore obligée de recourir à un appui étranger; et le huitième, elle peut de nouveau marcher seule dans la salle.

Les jours suivants, non-seulement Caroline se sent aussi bien qu'avant l'époque de ses règles, mais il lui semble même qu'elle tremble moins sur ses jambes.

Le 5 juin. — Il semble en effet que la malade tourne moins le pied en dedans ; mais ce qui est certain, c'est que la malade soulève aisément le pied à chaque pas et ne le traîne plus; l'incertitude est surtout exagérée quand la malade monte les escaliers ; le mieux continue.

Le 10. — *Quatre jours avant l'apparition des règles, Caroline ressent dans la journée de la faiblesse dans la jambe et de la difficulté à marcher* (douleur et lassitude dans les jambes, douleurs dans le ventre). Cette difficulté augmente, le moindre mouvement l'essouffle. Cet état persiste jusqu'au 14 juin, jour de l'apparition des règles; elle est obligée de s'aliter complétement; les règles coulent peu ; pendant deux jours cette dysménorrhée paraît augmenter le malaise de la malade.

Elle a de la céphalalgie, des symptômes manifestes de congestion vers la tête, sans fièvre. M. Becquet lui fait une petite saignée.

Le troisième jour (le lundi 19 juin), cet état de congestion disparaît; la paralysie, qui s'était reproduite lors de l'apparition, subsiste.

On ne renouvelle pas la galvanisation, depuis le 9 juin jusqu'au 26, et la malade reste absolument dans le même état. On veut savoir si la paralysie disparaîtrait avec la menstruation, qui se complique toujours de congestion vers le centre nerveux.

Les 27 et 28.—La galvanisation a été pratiquée les 27 et 28 juin sans aucun résultat.

Le 30. — Après la séance du 30 la station devient facile, la marche a lieu sans soutien, quoique les pieds n'abandonnent pas le parquet et tournent en dedans.

Le 8 juillet. — Marche presque naturelle; cependant la malade ne peut monter l'escalier sans s'appuyer sur la rampe.

Le 10. — Menstruation depuis la veille, fourmillement dans les extrémités inférieures, douleurs dans la région lombaire et coliques. Ce matin la marche est impossible, quoique la galvanisation ait été continuée pendant la menstruation.

Le 14. — La malade commence à marcher en traînant sur le parquet les pieds dont la pointe tourne en dedans.

Le 23. — Marche presque normale, faiblesse en montant les escaliers, les règles paraissent de nouveau. Depuis plusieurs jours symptômes de congestion vers les centres nerveux.

Paralysie, douleur lombaire.

Le 28 décembre 1848. — *La malade, soumise au traitement par la strychnine depuis le mois d'octobre*, voit la paralysie se dissiper pendant quelques jours et revenir à l'approche de la menstruation ; cependant son état semble s'améliorer. D'un centigramme de strychnine en potion, en un mois, on arriva à la dose de 4 à 5 centigrammes, qui produit des tremblements comme ceux qu'elle avait présentés au début de la maladie, et des *secousses avec contraction* des membres inférieurs. Deux mois de suite, l'époque menstruelle n'a pas eu d'influence sur la paralysie. M. le docteur Duchenne et mon ami, M. Becquet, ontperdu de vue cette malade.

Janvier 1852. — Je la retrouve infirmière dans la salle Saint-Lazare, service de M. Martin Solon, que remplace M. Piedagnel. La mère l'Ange gardien, qui se trouvait chez M. Boyer, l'a amenée avec elle à Saint-Lazare ; et souvent cette religieuse est obligée de donner ses soins à Caroline, qui est prise de faiblesse dans les jambes; deux jours de repos suffisent pour la remettre en état de reprendre et de continuer son service.

Le 21 février, le lendemain de l'apparition de ses règles, Caroline a été reprise de malaise et de paraplégie ; on l'a transportée à la salle Saint-Joseph, n° 12 ; quinze jours après elle recommençait son service d'infirmière, qu'elle n'a plus interrompu de quelques mois ; après elle est devenue couturière en ville.

En 1853 elle s'est mariée, elle a fait deux fausses couches.

Elle est morte phthisique, en 1854, sans avoir été de nouveau paraplégique.

La guérison de cette paraplégie a donc duré quatre ans.

66. — *Dyspnée nerveuse, chloro-anémie, accès de névralgie s'étendant sur une grande surface de la peau du corps, points hyperesthésiques.— Grande faiblesse des membres pelviens, engorgement de l'utérus.*

Cette note m'a été communiquée par M. Wolf, professeur à l'université de Bonn, ainsi que de deux autres que j'ai rapportés, pages 97 et 98, sous les nos 44 et 45.

Madame S...., âgée de 22 ans, a souffert pendant sa première grossesse de dyspnée nerveuse, contre laquelle le médecin ordonna des saignées fréquentes qui réellement soulagèrent pour le moment. Six mois après l'accouchement, névralgie intercostale, embarras gastrique. — On la saigna encore, il se développa une névralgie dans les rameaux cutanés des nerfs intercostaux et inguinaux, dans toutes les dépendances du nerf crural.

Pendant les accès névralgiques, il y a des contractions subites du muscle vaste externe, une grande chaleur de la peau de l'aine et de la cuisse, des douleurs profondes dans les organes du bassin, surtout les ovaires; des troubles de la motilité dans le domaine de plusieurs nerfs spinaux. Paresse des extrémités inférieures. Insensibilité de la peau qui les recouvre.

La faiblesse se montra surtout dans les muscles fléchisseurs de la cuisse et dans les extenseurs de la jambe. La malade était accablée par une profonde tristesse; elle a été prise de délire pendant les accès névralgiques. La matrice était engorgée sur toute la paroi postérieure, et par sa pesanteur, elle tendait à tomber sans qu'il y eût prolapsus. La malade était amaigrie et anémique.

Hydriodate de potasse; nourriture par des viandes rôties, bouillons, huile de foie de morue; diminution de la paralysie, puis guérison.

67.— *Caractère impressionnable, rétention d'urine, étouffements, cécité passagère, chaleur vive dans la cuisse droite, lourdeur dans la gauche, faiblesse, paraplégie, engorgement de l'utérus, allongement du col et antéflexion, compression de l'urètre. — Première attaque convulsive neuf mois après le début. — Anesthésie cutanée circonscrite. — Guérison.*

J'ai pris l'observation suivante avec M. Racle, chef de clinique de la faculté, à la Charité. Ce médecin, frappé de la marche de cette paraplégie, et du trouble du côté de la

vessie, a eu l'obligeance de me faire prévenir pour l'observer, pensant qu'elle rentrait dans le cadre de mon travail.

Au n° 15 de la salle Sainte-Madeleine, est couchée une femme nommée Nécun (Anaïsse), âgée de 43 ans, exerçant la profession de couturière, ayant été, il y a treize ans, sage-femme. Elle est entrée le 6 novembre 1852.

Son père, à 77 ans, a été pris d'une première attaque d'apoplexie; il a été enlevé à 78 ans par une récidive.

Sa mère, âgée de 72 ans, marche avec difficulté; elle est affectée depuis sa jeunesse de rhumatisme chronique.

Elle-même est mère d'une jeune fille de 16 ans, bien portante. Cette malade a eu la petite vérole dans sa jeunesse, n'a pas été vaccinée; elle a toujours joui d'une assez bonne santé; seulement, toujours impressionnable, très-sensible aux contrariétés.

Il y a quinze ans qu'elle a été prise d'une rétention d'urine, qui a cessé d'elle-même au bout de six heures, après un bain prolongé. A cette époque, elle exerçait la profession de sage-femme dans une partie de la Bretagne où les communications sont difficiles; elle montait à cheval pour se rendre où on l'appelait : s'asseyant sur la selle le jour, et le soir et la nuit allant à califourchon. Depuis la rétention d'urine, les envies de lâcher de l'eau sont devenues assez fréquentes; aussi, souffrait-elle beaucoup d'être obligée de se retenir quand elle était à cheval. La dernière année, elle ne put plus supporter cette privation qui s'accompagnait de vives douleurs de ventre et de pesanteur; quand elle descendait de cheval, ses jambes étaient toutes faibles; elles fléchissaient à demi. Ne pouvant plus continuer, elle a cessé de faire des accouchements et est venue s'établir aux environs de Paris, faire de la couture.

A part ce changement dans les besoins d'uriner, elle s'est bien portée, les jambes n'ont pas été plus faibles sensiblement.

Il y a trois ans, elle a souffert d'un mal de gorge pendant neuf mois, il s'accompagnait de gêne, d'étouffement.

Elle a eu de la faiblesse dans les yeux et des douleurs assez vives pendant six mois.

Elle a gardé fort longtemps un vésicatoire placé au cou, pour combattre ce phénomène du côté de la vue. Trois mois de santé parfaite ont succédé, à part cependant des envies fréquentes d'uriner, qui se sont tellement rapprochées, que toutes les demi-heures, elle est obligée d'y céder. La nuit, elle est réveillée par le besoin six ou sept fois; l'urine a toujours été claire.

Il y a un an, elle ressentit souvent sur la face postérieure de la

cuisse droite, une chaleur si vive, si brûlante, qu'elle a regardé à plusieurs reprises si le feu n'avait pas été communiqué par une chaufferette à ses habits, un sentiment de froid avait succédé et s'était étendu dans la direction du nerf sciatique ; ses jambes étaient moins alertes ; engourdissement dans les jambes et les cuisses, surtout à droite ; la jambe gauche était très-lourde. Elle a remarqué quelquefois dans le membre pelvien gauche des secousses contractiles. Elle ne pouvait plus monter les escaliers qu'avec beaucoup de peine. A ces symptômes, dont elle s'effrayait beaucoup, sont venues se joindre des douleurs dans le dos, dans le ventre et dans les flancs. Dans cette dernière région, elles paraissaient quelquefois sous forme d'accès assez violents pour lui arracher des cris ; faiblesse des jambes croissante qui l'a obligée de s'aider d'un bâton. — *Cautère, vésicatoire dans le dos.* — Cette médication n'a produit aucun effet.

Trois mois avant son entrée, elle a été prise *d'attaque nerveuse convulsive ;* le lendemain de cet accident, elle s'est trouvée beaucoup plus faible sur ses jambes. Nouvelle rétention d'urine qui cessa comme la première fois.

A son arrivée à l'hôpital, elle se sert d'un bâton, et encore sa marche est titubante ; elle sautille, tremble, et ses pieds se posent avec incertitude.

C'est une femme assez grasse, dont le teint change de couleur très-facilement, plutôt pâle cependant. Elle mange avec appétit ; elle souffre d'une constipation difficile à surmonter. Le sommeil est assez profond, mais troublé par le besoin fréquent d'épancher l'urine. Les bras sont forts ; elle serre avec énergie ; elle sent la forme des objets. Il n'y a aucune altération de la sensibilité aux membres inférieurs ni dans d'autres régions.

Les urines sont claires ; malgré le peu de probabilité d'un calcul dans la vessie, je pratique le cathétérisme devant M. Racle, chef de clinique du service, et je ne découvre aucun corps étranger. Elle n'avait jamais été sondée.

Elle est bien réglée et n'a jamais cessé de l'être.

Le toucher vaginal me fait sentir un utérus un peu volumineux ; son col est très-long et fléchit brusquement en avant.

Un traitement tonique et martial est ordonné. Elle reste au lit sans se lever pendant les quinze premiers jours ; puis, elle est étonnée de se sentir plus forte ; elle marche mieux.

Les envies d'uriner se font sentir toutes les heures ; la nuit, trois fois seulement.

18 décembre. — Attaque nerveuse ; le lendemain, elle est redevenue faible ; envies fréquentes d'uriner. La cornée et la conjonctive gauche

sont insensibles au toucher; *le cou et les épaules sont insensibles à la douleur.*

Les jours suivants, la force reparaît, les envies d'uriner se sont espacées de nouveau.

28 décembre. — Elle sort non pas guérie, mais un peu mieux, et sensiblement plus forte.

Dans ce cas, l'hystérie est encore la cause de la paraplégie.

Cette femme, d'un caractère très-impressionnable dès l'enfance, a eu par la suite des attaques d'hystérie. Ces accès ont influencé la motilité, la sensibilité cutanée, et causé un trouble passager de la vue; elle a eu des douleurs de ventre avec tympanite, et la faiblesse a présenté des alternatives, ce qui est le fait des paraplégies hystériques. La rétention d'urine qui, depuis longtemps, s'était montrée à des intervalles éloignés, n'ayant pas entraîné de néphrite, l'urine n'ayant pas cessé d'être limpide, on ne peut l'accuser d'être la cause de la paralysie. — Cette rétention passagère a été produite par la compression mécanique de l'urètre, par l'antéflexion du col allongé porté par un utérus engorgé.

68. — *Hystérie, paraplégie et affaiblissement musculaire dans le membre inférieur gauche, anesthésie cutanée musculaire, osseuse, insensibilité de la conjonctive de la muqueuse, nasale, buccale, linguale du côté gauche. — Perte des sens, du toucher, de l'odorat et du goût du même côté.*

Je dois le fait suivant à l'obligeance de M. Duchenne qui le tenait de M. Briquet, M. Mesnet l'a produit dans sa thèse, page 61.

Charité, salle Sainte-Marthe, nº 31, Marie Rousselle, 32 ans, marchande des quatre saisons (service de M. Briquet).

Cette femme est née à la campagne, d'une mère qui avait de fréquentes attaques d'hystérie. Elle a été réglée à 10 ans et demi pour la première fois. Depuis lors la menstruation a toujours été régulière, non douloureuse, et durait huit jours. Entrée en service à 13 ans, très-forte, très-colorée; elle n'éprouva aucun dérangement dans sa santé jusqu'à l'âge de 17 ans.

A cette époque elle fut forcée d'abandonner son pays et en conçut de l'ennui, il survint peu à peu une légère décoloration de sa face, de l'amaigrissement et de la fatigue dans les membres. Cet état se maintint jusqu'à 20 ans. Elle fit avec ses maîtres un voyage en Angleterre; son ennui augmenta au bout de trois mois, sans aucun malaise préa-

lable plus grand que de coutume, et à l'occasion d'une contestation qu'elle eut avec ses maîtres, elle fut prise brusquement d'un accès hystérique très-fort avec convulsions, grincement de dents et perte de connaissance; depuis ce moment elle est devenue sujette à ces accès, qui ont lieu tous les deux ou trois mois. Ils commencent toujours par une douleur dans le flanc gauche, qui se fait sentir quelques minutes avant la perte de connaissance. Cette douleur, d'abord faible, va rapidement en croissant, se porte vers l'épigastre, puis surviennent de l'oppression, de la strangulation, la perte de connaissance, le grincement de dents, et enfin une agitation convulsive sans écume à la bouche; au bout de deux heures ces accidents se calment et tout se termine par des sanglots et des pleurs.

Quand une émotion vive ne vient pas occasionner un accès, ils ne se renouvellent qu'à une grande distance; mariée depuis six ans, elle a eu deux accouchements et deux avortements. — *Douleur dans la région épigastrique.* Depuis trois ans, douleur dans le flanc gauche. Leucorrhée depuis huit ou dix ans; menstrues arrêtées depuis trois mois, et depuis lors accidents nerveux plus développés qu'auparavant.

Entrée à la Charité.

Le 23 septembre 1848. — Etat actuel: Taille moyenne, embonpoint médiocre, peau blanche, cheveux blonds, figure assez colorée, tempérament lymphatico-sanguin, assez vive, céphalalgie pulsative et lancinante même dans l'état de repos; l'appétit persiste; bonnes digestions; sentiment presque continu de strangulation à la gorge. Douleur à la région épigastrique, à la partie moyenne des dernières fausses côtes gauches. Douleur à la pression des parois abdominales du côté gauche, des muscles de la région sus-pubienne, *du rachis de la sixième à la douzième vertèbre dorsale*, douleur à la pression dans la région scapulaire et dans le haut de la région lombaire, de la gouttière vertébrale gauche. Insensibilité presque complète de la peau du côté gauche du dos depuis le haut jusqu'en bas, elle s'étend au côté gauche de la face, de la tête, et des membres; la malade dit qu'avant l'anesthésie, la peau était très-sensible au toucher dans les mêmes régions, et qu'en même temps elle éprouvait des douleurs profondes dans les membres. Insensibilité de la muqueuse conjonctivale, nasale, buccale du côté gauche; du même côté, léger trouble dans la vue, perte de l'odorat et du goût, perte du sens du toucher, de la main gauche, perte de la sensibilité de la plante du pied gauche, affaiblissement musculaire dans le membre supérieur gauche, *paraplégie* datant de six à sept mois et arrivée au point de rendre la marche impossible sans l'aide de deux bras. Elle traîne les membres inférieurs sans pouvoir les lever. Règles suspendues. Leucorrhée abondante avec

légère cuisson en urinant, bruit carotidien léger à gauche, cœur et pouls normal; elle est essoufflée lorsqu'elle fait des tentatives pour marcher.

Le 11 octobre. — Galvanisation cutanée de la face, de la muqueuse nasale et buccale, retour de la sensibilité de l'odorat et du goût.

La galvanisation de la surface cutanée du bras gauche ramène la sensibilité.

Galvanisation de la pulpe des doigts, des nerfs collatéraux de la main gauche et de la peau de la main ; l'épiderme de la main est légèrement humecté, et l'excitation devient très-vive; en dix minutes le sens du toucher est presque normal. Elle attache une épingle à son mouchoir, ce qu'elle n'a pu faire depuis longtemps.

Le 12. — Retour de la menstruation, absente depuis trois mois.

Les muscles sont galvanisés; les contractions sont très-fortes.

Il lui semble que les jambes pèsent lourdement. Elle ne peut soulever le membre inférieur gauche.

Le 20. — Hier, deux accès hystériques très-forts ont été suivis d'un engourdissement et d'un fourmillement dans tout le côté gauche.

Ce matin tous les points du corps auxquels la sensibilité avait été rendue sont de nouveau frappés d'anesthésie, à l'exception de la peau du pied qui a été galvanisée la veille; depuis l'accès hystérique, douleurs vives dans la tête et à l'épigastre.

Le 24. — La douleur frontale a persisté depuis le dernier accès et devenait intolérable. M. le docteur Duchenne l'enlève par la galvanisation cutanée au moyen de la main électrique.

1er novembre. — Galvanisation musculaire pendant cinq à dix minutes.

10 novembre. — Depuis le 1er, plusieurs accès hystériques ont eu lieu et n'ont pas fait disparaître la sensibilité dans les lieux où la galvanisation a été appliquée.

24 novembre. — Sensibilité de la peau partout à l'état normal, excepté à la partie interne du genou qui n'a jamais été galvanisée.

La force musculaire est complétement revenue dans le membre supérieur gauche.

Dans les membres inférieurs la motilité n'a reparu que progressivement, et aujourd'hui la *marche naturelle et la force* musculaire paraissent intactes. La menstruation a reparu une seconde fois, mais peu intense.

M. Duchenne emploie un excitateur utérin qui amène une douleur assez forte, suivie de coliques utérines qui ont duré plusieurs jours; l'écoulement menstruel a reparu, mais pour quelques heures seulement.

2 décembre. — Cette malade sort guérie de sa paraplégie musculaire et cutanée.

69. — *Hémoptysie, sueurs nocturnes, tubercules, oppression, palpitations, strangulation, contracture, secousses, faiblesse, puis paralysie complète du mouvement des membres inférieurs, vue affaiblie, éblouissements, bourdonnement d'oreilles. — Cautères, moxa, bains sulfureux inutiles. — Électricité. — Guérison.*

L'observation suivante m'a été donnée par mon ami M. Tailhé, interne de M. Honoré.

Hôtel-Dieu, service de M. Honoré, salle Sainte-Anne, n° 1.

La nommée Fermont, âgée de 28 ans, piqueuse de bottines, née à Metz, entrée le 28 mai 1847; malade depuis deux ans. Cette femme est d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatico-sanguin ; son visage a toujours été coloré, cheveux bruns. Elle habite Paris depuis l'âge de 2 ans et demi ; réglée à l'âge de 16 ans, elle l'a été régulièrement pendant quatre ans, mais à 20 ans le flux a cessé de paraître à des époques fixes. Elle n'a pas eu d'enfants ; sujette à tousser, sujette aux palpitations de cœur depuis l'âge de 20 ans. Dans son enfance elle a eu des glandes engorgées sous la mâchoire inférieure, il y a six ans elle a été atteinte d'un mal dans la bouche que les médecins ont dit être une affection scorbutique. Elle a vomi quelquefois du sang étant jeune, mais c'est surtout depuis trois ans qu'elle est prise fréquemment d'hémoptysie. Les crachements de sang se sont renouvelés souvent à l'hôpital. La malade accuse des douleurs dans le dos entre les deux épaules; elle a eu quelquefois des sueurs nocturnes, jamais de dévoiement ; fréquentes oppressions, palpitations et strangulations.

Il y a quatre ans, sans cause appréciable, elle fut prise de secousses dans les membres inférieurs pendant la nuit. Les secousses ne remontaient pas plus haut que le genou : elles avaient donc leur siége dans les muscles du pied et de la jambe, qui se contractaient d'une manière involontaire ; ces mouvements étaient égaux des deux côtés; faibles et de courte durée dans le principe, les secousses devinrent graduellement plus fortes et beaucoup plus fréquentes, elles troublèrent son sommeil. A ces phénomènes s'ajoutèrent la perte d'appétit, l'amaigrissement du corps et un affaiblissement moral très-sensible.

Les contractions spasmodiques des jambes allaient croissant et leur violence devint telle qu'elles ébranlaient les cuisses, le bassin et le corps tout entier; souvent elles retentissaient jusque dans la tête.

Elles n'avaient jamais lieu pendant le jour; leur durée variait d'un quart d'heure et elles se renouvelaient si fréquemment pendant les derniers temps que la malade passait quelquefois des nuits entières dans l'insomnie. Les membres inférieurs s'affaiblirent graduellement et la malade cessa de pouvoir marcher; elle n'a plus quitté le lit à partir du 29 mai 1847. Entrée à l'hôpital Saint-Louis le 12 mai de la même année, elle a pris quelques bains sulfureux qui ne l'ont point soulagée; c'est même pendant son séjour dans cet hôpital que ses *membres inférieurs* sont devenus complétement paralysés.

Pendant le mois d'août de l'année dernière, elle a ressenti des douleurs dans les os des jambes; ces douleurs étaient continues, s'exaspérant par intervalles, et plutôt pendant le jour que pendant la nuit. Dans ce moment, deux moxas ont été appliqués à la partie lombaire sans aucun résultat, quatre cautères que l'on n'a pas laissés suppurer n'ont pas mieux réussi. La vivacité de ces douleurs a persisté conjointement avec les contractions involontaires, et la paralysie.

Avant d'être malade, cette femme menait une vie assez active et se livrait beaucoup à la marche. Elle n'a jamais fait d'excès d'aucun genre, sa nourriture et son logement ont toujours été convenables. Sa mère est morte à l'âge de 35 ans d'une affection chronique de la poitrine; son père aussi est mort dans un âge peu avancé; elle ignore la maladie à laquelle il a succombé.

Le 28 mai. — *Etat actuel :* visage rouge, teinte pâle de la peau et du reste du corps, le pouls et la chaleur sont à l'état normal.

La malade est immobile dans son lit, elle ne peut faire exécuter à ses jambes et aux pieds que quelques mouvements à peine sensibles de latéralité, non sans beaucoup d'efforts. La flexion du pied sur la jambe et de celle-ci sur la cuisse sont complétement impossibles. Elle essaye aussi vainement de mouvoir le membre tout entier.

Les membres supérieurs sont libres et conservent toute leur myotilité.

La *sensibilité* des membres inférieurs est intacte, ainsi que celle de tout le corps. La cornée gauche est insensible. Douleur rachidienne au niveau des six premières vertèbres dorsales et s'étendant sur le côté gauche de la gouttière, c'est un point hyperesthésique, caractéristique de l'hystérie. La peau pincée dans ces points est plus sensible que du côté droit. La pression y est très-douloureuse, elle cause un sentiment de strangulation. Les muscles de la jambe ont évidemment perdu de leur volume. Ceux de la région antérieure ont le plus souffert de l'amaigrissement. La diminution de la fibre musculaire est moins appréciable à la cuisse. Les douleurs obscures et profondes qu'elle ressent depuis longtemps dans les bras et dans les genoux,

continuent de la tourmenter. Les contractions involontaires du pied et de la jambe existent toujours et n'ont cessé de s'accroître.

La percussion de la poitrine donne une sonorité égale des deux côtés, en avant et en arrière.

En avant la respiration est rude, en arrière on entend des deux côtés quelques craquements, et à droite, au niveau de la fosse sous-épineuse, un râle caverneux très-sensible.

La langue est jaunâtre au milieu et rouge sur les bords, le ventre est souple; point de dévoiement, appétit nul.

La vue n'est pas très-nette, elle éprouve par intervalles des éblouissements. Bourdonnements d'oreilles très-violents.

Les 23 et 24 juin. — *Traitement.* M. le docteur Duchenne soumet la malade à la galvanisation localisée. La première séance dure dix minutes. La malade a eu ses règles ce matin, elle ne les attendait que dans cinq ou six jours; elles sont venues sans douleur, sans secousses, comme cela devrait avoir lieu en bonne santé.

Elle fléchit légèrement la cuisse et la jambe, et fait exécuter à ses orteils des mouvements d'extension et de flexion.

Les secousses involontaires ont cessé cette nuit pour la première fois depuis leur apparition, les douleurs des jambes ont été moins fortes, elle a pu dormir toute la nuit.

Le 25 juin. — Deuxième séance. Les règles poursuivent leur cours, faciles et abondantes : la malade ne remarque plus cet affaissement considérable qui s'emparait d'elle autrefois pendant leur durée. Plus de douleur du rachis ni du côté. Les mouvements des jambes prennent de l'extension, elles peuvent se plier sur les cuisses. Les secousses et les douleurs ont complétement disparu. Point de fièvre, sommeil très-satisfaisant.

26 juin. — Troisième séance. Son état va s'améliorant, les règles continuent. Les *membres inférieurs* exécutent de grands mouvements; le pied s'étend et se fléchit sur la jambe avec facilité. Les secousses, les douleurs ont cessé.

27 juin. — Les règles cessent; même état.

28 et 29 juin. — Cette femme se trouve mieux que jamais.

Les mouvements des membres inférieurs sont complets et s'exécutent avec une certaine vitesse; état général excellent.

30 juin. — Cinquième séance. La malade a pu, dans la journée d'hier, sortir seule les jambes de son lit et les appuyer sur une chaise, ce qui l'a beaucoup délassée. Ce matin au moment de la visite, elle reprend aisément cette position, et, soutenue par une personne de chaque côté, elle reprend la station verticale et essaye de marcher. On la voit alors porter, non sans peine, la jambe gauche au-devant de

la jambe droite, et faire des pas de la longueur de son pied. Ce premier succès, quoique bien faible, encourage beaucoup la malade et relève singulièrement son moral. Son état général est très-satisfaisant.

31 juin. — Sixième séance. Même état, l'appétit commence à revenir.

1er juillet. — La malade, soutenue comme auparavant, fait deux fois le tour de la salle, elle hésite moins, et ses pas sont plus grands.

3, 4, 5 juillet. — Progrès dans la marche et diminution de la suffocation habituelle, amélioration de l'état général.

6 juillet. — Les crachements de sang, qui étaient très-fréquents dans les derniers temps, ont cessé complétement, le sommeil est calme, la céphalalgie a cessé, le mieux fait chaque jour de grands progrès.

La malade a *traversé tout l'hôpital* seule et sans fatigue. Elle ne se sent pas très-forte sur ses jambes, mais elle marche assez aisément; elle est encore sous l'impression de l'heureux étonnement que cette grande course lui a procuré.

17 juillet. — Les règles se sont montrées hier sans être accompagnées de douleur et de fatigue. Point de toux, de crachement de sang, point de douleur dans le dos comme autrefois.

21 juillet. — Les règles ont cessé hier.

3 août. — Il y a quinze jours que la dernière séance a eu lieu. Les contractions spasmodiques des jambes l'ont reprise avant-hier d'une manière assez violente, les douleurs dans les os des jambes sont aussi revenues. Elle n'a pas dormi depuis deux jours. Bourdonnement dans les oreilles. La marche est moins facile. Nouvelle séance.

4 août. — La malade se trouve très-bien de la reprise du galvanisme. Point de douleurs ni de secousses, bon sommeil. Son état est devenu aussi satisfaisant que par le passé.

8 août. — Elle a craché un peu de sang.

12 août. — Les règles sont revenues hier; elles ont été annoncées par de la fatigue, de la douleur dans le dos; de plus leur écoulement est pénible et moins abondant que précédemment. Les jambes sont du reste dans un bon état. (Galvanisation.)

15 août. — Les règles ont cessé le 14, leur écoulement a continué d'être difficile. L'état général n'est pas mauvais, la malade se livre toujours à la marche; on suspend la galvanisation.

28 décembre. — La malade, guérie de sa paraplégie, est restée à l'hôpital seulement à cause du mauvais état de sa poitrine et pour être soumise à l'observation.

10. — *Suppression brusque des menstrues, délire, faiblesse, paraplégie, sangsues, guérison. — Plus tard, attaques convulsives syncopales fréquentes. Faiblesse stationnaire, paraplégie complète, soudaine, avec hyperesthésie cutanée. — Guérison rapide en trois semaines par la strychnine* (1).

Une jeune fille de 19 ans, tempérament chloro-lymphatique, domestique, entrée le 12 juin à l'hôpital pour une grande faiblesse des jambes, dont elle se plaint depuis près d'un mois.

Elle raconte qu'en 1848, pendant l'époque de ses règles, elle éprouva une vive frayeur; les règles s'arrêtèrent brusquement, et pendant une huitaine de jours, elle perdit un peu la raison. Son intelligence, dit-elle, fut troublée. Au bout de ce temps, elle éprouva une assez grande faiblesse dans les jambes, puis enfin elle perdit presque complétement la faculté de se mouvoir. Les mouvements reparurent peu à peu après une application de sangsues.

Deux mois après la guérison de cette maladie, elle fut prise d'accidents qu'elle désigne sous le nom d'attaques de nerfs, pendant lesquelles elle perdait connaissance. Ces attaques revenaient de temps en temps, à intervalles irréguliers; elles étaient surtout caractérisées par la sensation d'une boule remontant de l'épigastre à la gorge. (La dernière qu'elle a eue date environ de six semaines.)

Cette jeune fille se plaignait donc d'une grande faiblesse dans les jambes depuis un mois, lorsque le 16 juin elle perdit tout d'un coup la faculté de mouvoir les membres inférieurs, et cela sans aucune cause connue. En même temps *exaltation de la sensibilité* plutôt que diminution. Des cautères lui furent appliqués le long de la colonne vertébrale et pansés avec la strychnine, qui probablement ne fut pas absorbée, car elle ne produisit aucun résultat appréciable.

Vers le milieu du mois d'août, M. Vigla, s'apercevant du peu d'efficacité des exutoires, les fit sécher et voulut essayer l'administration de la strychnine à l'intérieur; on commença par la dose de 1 centigramme par jour; au bout de huit jours, on éleva cette dose à 2 centigrammes, puis enfin à 3, dont 2 le matin et 1 le soir; même à cette dose on n'obtint aucun résultat. A ce moment survinrent les règles et l'on suspendit le traitement pendant quelques jours. Assez étonné, du reste, de l'inutilité et de l'inertie d'un médicament aussi énergique et à une dose aussi élevée, M. Vigla hésitait à la dépasser.

Après une suspension de huit jours, il reprit la médication inter-

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1850, p. 432.

rompue, et le 2 septembre la malade recommença l'usage de la strychnine, 1 pilule de 1 centigramme matin et soir, pendant trois jours ; aucun effet sensible.

Le jeudi 5, on lui fait prendre 3 centigrammes de strychnine en deux fois. Dans la soirée, la malade ressent une sorte d'ébranlement dans les genoux et dans les bras, quelques secousses dans la mâchoire inférieure et un léger sentiment de constriction dans la région du diaphragme.

Le vendredi 6, on cesse la médication.

Le 7 on prescrit 2 centigrammes seulement, qui sont pris le matin et de très-bonne heure. A six heures et demie du matin, l'effet du médicament commence à se produire, et voici ce que l'on observe :

Contractions très-vives du diaphragme et constriction épigastrique, tremblement convulsif dans les jambes et les cuisses, accompagnés de crampes dans tous les membres, plus violentes et plus douloureuses aux membres inférieurs qu'aux bras et aux avant-bras. On note à plusieurs reprises un peu de strabisme. La face était un peu rouge, injectée. Cependant la respiration n'était pas très-sensiblement gênée pendant toute la durée de l'attaque, il n'y a pas eu de constriction de la glotte ; les désordres fonctionnels se sont bornés au diaphragme, le pouls n'a jamais donné plus de 80, 84 par minute. Un phénomène singulier et que nous n'avons vu mentionné nulle part, est celui-ci : que pendant plus d'une heure la malade a vu tous les objets et les personnes qui l'entouraient beaucoup plus grands et plus gros, comme à travers un verre grossissant.

Les phénomènes avaient commencé, avons-nous dit, vers six heures et demie ; à neuf heures et démie les souffrances ont commencé à devenir moins fortes, les mâchoires se sont desserrées et la parole est redevenue possible. Cependant jusque vers une heure de l'après-midi, il y a eu contracture dans les fléchisseurs de la main gauche. Pendant toute la durée de l'accès, la malade n'a pas senti un seul moment la boule hystérique ; elle n'a pas eu d'envie d'uriner plus grande une fois l'attaque terminée, et les battements de cœur ont toujours été d'une extrême régularité.

A deux heures de l'après-midi tout a cessé tout d'un coup. Les jambes ont repris leurs mouvements. La malade a eu sur-le-champ la conscience du changement qui s'opérait en elle. Elle a pu descendre de son lit, poser les pieds par terre et marcher en se soutenant d'abord aux objets environnants. Le lendemain 8, elle est descendue seule au jardin.

71. — *Paralysie d'abord générale, puis bornée aux membres inférieurs, chez une femme hystérique; troubles des organes des sens. — Guérison* (1).

Le 30 janvier 1849 est entrée à l'hôpital Sainte-Marguerite, salle Sainte-Geneviève, n° 12, service de M. Valleix, la nommée Juliette Marietta, âgée de 19 ans, coloriste, mariée.

Cette jeune femme, native du Piémont, est d'une bonne constitution; elle est en France depuis environ deux ans; peu de temps après son arrivée dans ce pays, elle fut prise d'une maladie fébrile avec délire; elle entra à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Magendie, où on lui fit des applications de glace sur la tête; la fièvre et le délire cédèrent; immédiatement après, elle vit tomber ses cheveux; ses dents devinrent noirâtres et pendant six semaines environ après la disparition des symptômes aigus, elle resta atteinte d'aliénation mentale.

Depuis lors, elle a éprouvé par intervalles des douleurs lancinantes dans la tête, des congestions vers la face et des étourdissements; elle a remarqué aussi que sa vue avait subi un affaiblissement progressif, mais qui paraît porter plutôt sur l'étendue que sur la netteté.

Depuis la révolution de février, elle a eu des attaques qu'elle décrit comme il suit :

Après plusieurs heures de malaise, de congestion sanguine vers la face et la tête, elle tombait comme une masse inerte; ses yeux se renversaient sous la paupière supérieure; les membres se tordaient; les poignets se fléchissaient convulsivement et se renversaient sur le bord cubital de l'avant-bras. Pendant trois quarts d'heure ou une heure environ que durait cet état, elle conservait la parfaite connaissance de tout ce qui se passait en elle et autour d'elle. Elle entendait et comprenait ce que disaient les personnes présentes, mais elle était incapable de répondre. Si elle essayait de le faire, ses efforts aboutissaient à un bégayement inintelligible. Pendant ces attaques ou vers leur déclin, elle éclatait de rire, ou, ce qui arrivait le plus souvent, elle pleurait. L'accès passé, il lui restait de la céphalalgie et un sentiment de brisement général qui se dissipait au bout de deux jours.

Depuis le mois de février, elle a eu de huit à dix de ces attaques; elles ne revenaient pas à des intervalles réguliers; elle en a eu trois pendant le seul mois de juillet 1848; la dernière a eu lieu le 8 janvier.

Il y a trois mois, les règles se sont supprimées sans cause connue; la malade croit avoir remarqué que depuis deux mois elle a eu des congestions et des étourdissements plus fréquents.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 22 novembre 1849, p. 547.

Le 21 janvier, après avoir éprouvé pendant toute la journée du malaise, des nausées, de la céphalalgie, elle sentit tout à coup, vers neuf heures du soir environ, les membres supérieurs et inférieurs s'engourdir et la langue s'embarrasser, et au bout de peu d'instants, elle ne put remuer ni les bras, ni les jambes, l'articulation des sons était devenue impossible. On la mit dans un bain, on lui frictionna les membres avec un onguent dont elle ne peut indiquer la nature.

Le 24 janvier, trois jours après, le mouvement et la sensibilité revinrent dans les membres supérieurs, et la parole redevint libre *mais les membres inférieurs sont restés complétement paralysés du mouvement*; et de plus la sensibilité qui y avait persisté jusqu'à un certain point disparut complétement. Aujourd'hui la malade *ne peut pas soulever les membres inférieurs au-dessus du plan du lit*; les muscles sont flasques, et, en outre, on peut enfoncer profondément des épingles sur tous les points des deux jambes et des cuisses jusque vers le milieu de leur hauteur sans que la malade en ait conscience. Plus haut la sensibilité reparaît, mais elle reste obtuse. Les piqûres dans la partie supérieure de la cuisse provoquent une sensation de fourmillement.

Sur le tronc, la sensibilité est intacte.

On ne trouve aucun point douloureux circonscrit.

Les pupilles sont dilatées et peu mobiles.

Le 1er février, tisane de petite centaurée; une pilule d'extrait d'opium, 0,05, potion éthérée, friction sur les jambes avec baume Opodeldoch; bain; un cinquième de portion d'aliments.

Le 2, la malade n'a pu supporter le bain qu'environ vingt minutes; elle est tombée en syncope, et a été atteinte d'une céphalalgie qui dure encore; elle se plaint de n'avoir pas dormi la nuit.

Le 3, la céphalalgie persiste; mais il y a amélioration, en ce que la sensibilité a un peu reparu aux genoux et à la partie inférieure des cuisses (extrait d'opium, 0,015, en trois pilules; bains sulfureux).

Le 4, hier la malade a pu rester une demi-heure au bain; elle en est sortie au moment où elle se sentit défaillir, l'insomnie persiste; la céphalalgie ne diminue pas; le pouls est calme et régulier. La dose d'opium est descendue à 10 centigrammes.

Le 5, les règles viennent de paraître; la malade ressent de vives douleurs abdominales; du reste rien de nouveau. (Opium, 0,15 en trois pilules; cataplasmes sur l'abdomen; lavement avec six gouttes de laudanum et camphre, 0,50.)

Le 6, hier la malade a eu deux attaques pendant lesquelles elle a perdu connaissance, mais elle n'a pas eu de convulsions; l'une de ces attaques a commencé à une heure du soir, l'autre, à six heures

du soir, chacune a duré environ une heure et demie. (Opium, 0,20, en quatre pilules; quatre sinapismes seront promenés sur les membres inférieurs.)

Le 7, la malade peut soulever un peu ses genoux en fléchissant la jambe sur la cuisse, mais elle ne peut ensuite les étendre d'elle-même; les règles continuent, bien qu'il y ait eu hier une suspension de vingt-quatre heures; la sensibilité reparaît sur toute la longueur des membres.

Le 8, la malade est parvenue à se tenir un peu sur les jambes et même à marcher: il est vrai qu'elle tremble beaucoup et n'est pas très-solide; la céphalalgie persiste.

Le 9, rien de nouveau, si ce n'est un malaise général, qui semble constitué par une espèce d'affaiblissement accompagné de douleurs sourdes dans tout le corps. — Bains sulfureux.

Le 12 février, la malade est en pleine convalescence; elle commence à marcher avec facilité. Elle demande à quitter l'hôpital.

72. — *Paralysie de vessie durant trois mois, symptômes hystériques, paraplégie du sentiment, hémiplégie du mouvement. — Nouvelle paralysie de vessie pendant trois mois, moxas, noix vomique, sangsues sans résultat. — Électro-puncture, amélioration, puis pendant six jours paralysie de toutes les fonctions. — Électro-puncture. — Guérison.*

Observée par M. Petel de Câteau-Cambresis (*Gazette des hôpitaux*, 18 février 1848).

« Madame M.... 28 ans, aujourd'hui bien portante, depuis environ 15 ans habite le Câteau.

« D'un tempérament nerveux et lymphatique; cette dame me consulta vers la fin d'octobre 1837, pour une paralysie de vessie qui continua par intervalles jusque dans le mois de décembre. Les règles n'ont pas paru depuis cette affection; elles ne reviendront que dans deux ans et demi, alors que les symptômes paralytiques auront cessé.

« Souvent, pendant ce long espace, la malade aura des phénomènes hystériques non douteux, sur lesquels je ne crois pas devoir insister.

« En mars 1838, *je constate une insensibilité complète dans les membres inférieurs et bientôt le droit est paralysé du mouvement;* peu après, le bras du même côté éprouve les mêmes phénomènes. J'insiste pour que l'on note que la paralysie du sentiment et du mouvement était poussée à son comble.

« En octobre, la paralysie de la vessie reparut et dura jusqu'en décembre.

« Jusqu'à cette époque, j'avais employé succcessivement les moxas sur la région lombaire, l'extrait de noix vomique, quelques sangsues à la vulve au moment des règles, mais le tout en vain.

« J'eus enfin recours à l'électro-puncture.—J'implantai une aiguille peu profondément dans la région lombaire et une seconde successivement sur les parties externes et internes du membre abdominal paralysé ; puis je mis en activité une pile galvanique à auge de cinquante-deux paires, dont les disques avaient 4 centimètres et demi de large sur 6. Bientôt j'obtins des contractions énergiques, et huit à dix séances de vingt minutes chaque, dans l'espace de quatorze jours, ramenèrent le membre à l'état normal.

« J'avais omis de dire que pendant l'administration de l'extrait de noix vomique, nous obtenions des contractions musculaires brusques sans nul effet favorable appréciable.

« Vu la saison froide et le peu de temps dont je pouvais disposer, je remis en mai 1839 le traitement du bras ; nous fîmes à différents intervalles dix-huit séances d'électro-puncture jusqu'à fin septembre ; après les huit premières, il y avait un mieux considérable, et au mois d'octobre, ma malade se livrait à des travaux d'aiguille assez délicats.

« En avril 1840, la voix s'éteint, la langue s'embarrasse, la malade balbutie ; l'ouïe se perd ; la vue se trouble ; le goût et l'odorat s'anéantissent ; la malade reste pendant six jours sans manger ; pendant ce temps, le pouls est calme et lent, et à ce que j'ai vu ensuite, l'intelligence était intacte, quoique peu ou point servie par les sens. Pour combattre tous ces phénomènes, j'arme une machine à auge de dix paires seulement, et j'implante une aiguille en différents points de la base du crâne, j'en place une autre sur diverses régions de la face et à la base de la langue ; en deux séances, la parole est revenue et les autres sens ont recouvré leur action.

« Il est une impression qui m'est restée et que je dois reproduire. Cette femme qui n'avait pas mangé et à peine bu depuis six jours, au moment où elle sortit de cet état, paraissait sortir d'une longue nuit ; elle n'avait pas éprouvé la moindre altération dans son facies ; son état extérieur ne trahissait aucune souffrance ; il semblait que toutes les fonctions organiques avaient sommeillé, et si j'ai bonne mémoire, je crois que la sécrétion urinaire a été suspendue.

« Depuis, les règles ont eu leur cours naturel ; et si ce n'était une colique grave, qui est guérie et qui n'a avec cette maladie rien de commun, cette malade n'a plus éprouvé aucun symptôme de la nature de ceux relatés plus haut. »

73 (1). — *Caractère triste, impressionnable, céphalalgie, hématémèse, inappétence, à 14 ans frayeur, attaque convulsive avec syncope, réglée à 20 ans, dysménorrhée, anesthésie cutanée de tout le côté gauche, pas d'analgésie, anesthésie muqueuse, paralysie des organes des sens, puis paraplégie à la suite d'une attaque. — Galvanisme, amélioration.*

Bue (Eugénie), 21 ans, née et élevée à la ville, mère, de bonne santé, père de santé inconnue. Elle a toujours été très-impressionnable, très-facile à émouvoir; caractère triste, constitution forte. Vers l'âge de 14 ans sa santé s'est dérangée, le ventre est devenu très-douloureux, des vomissements de sang sont survenus, la céphalalgie a augmenté, l'appétit s'est perdu, la région épigastrique est devenue douloureuse. A cette époque elle n'était pas encore réglée. Deux mois plus tard elle éprouva, en descendant un escalier, une frayeur très-vive; à l'instant même, elle perdit connaissance, et eut sa première attaque hystérique convulsive. Dans le mois qui a suivi, cinq attaques semblables ont eu lieu; depuis les attaques sont revenues cinq à six fois par an; maintenant elles s'éloignent de plus en plus, et n'ont jamais lieu qu'à l'occasion d'une vive émotion.

Vers le mois d'octobre 1849, les douleurs de ventre, la céphalalgie, étant devenues insupportables, elle entra à l'hôpital Beaujon, où l'on s'aperçut qu'elle avait de l'anesthésie de tout le côté gauche du corps. Elle fut galvanisée, traitée par les ferrugineux, et sortit un mois après, en assez bon état. Apparition des menstrues à 20 ans; elles ont été difficiles, douloureuses, et se sont montrées régulièrement aux époques suivantes; leur dernière apparition a eu lieu, il y a huit jours, elles n'ont duré qu'une demi-journée.

Entrée à la Charité, le 21 mars 1851, salle Sainte-Marthe, n° 26. Femme forte, embonpoint assez notable, peau blanche, figure colorée, cheveux châtains, intelligence ordinaire; céphalalgie frontale et occipitale pulsative, augmentée par la marche et les mouvements. Anesthésie presque complète de la joue gauche; anesthésie des muqueuses oculaire, nasale et buccale; diminution très-notable du goût, de l'odorat, de l'ouïe du côté gauche, bourdonnements d'oreilles. Anesthésie de la partie antérieure gauche du thorax, et de tout le membre supérieur gauche. Sensibilité obtuse du membre inférieur du même côté; la malade sent à peine le toucher, mais perçoit les douleurs.

Faiblesse musculaire très-appréciable, et bien constatée dans le

(1) Thèse de M. Mesnet, 1852.

membre supérieur gauche; point d'affaiblissement du membre inférieur du même côté. Strangulation habituelle, *douleur épigastrique, aux fausses côtes gauches, au rachis, mais seulement dans la partie supérieure de la gouttière vertébrale.*

Depuis une *quinzaine de jours, il y a un tel affaiblissement des membres inférieurs*, que la malade ne peut plus marcher; quelquefois elle se lève, mais elle est obligée d'avoir un soutien pour passer d'un lit à l'autre.

L'appétit est devenu irrégulier, bizarre, elle se prend de goût pour les substances non alimentaires, tels que charbon, vinaigre, etc., *susurrus* dans les vaisseaux du cou.

L'état dans lequel nous venons de voir la malade, date d'une attaque convulsive qu'elle a eue à un bal de l'Opéra, il y a environ deux mois.

L'oreille a été galvanisée, l'ouïe est revenue. La narine gauche, le membre supérieur gauche, galvanisés à leur tour, ont repris de même leur sensibilité.

La cuisse gauche, qui n'a pas été galvanisée, est redevenue sensible; la malade peut marcher, quoique traînant encore un peu la jambe.

Le goût est revenu sous l'influence de la galvanisation.

Elle sort le 9 avril 1851.

Quelques jours après sa sortie, les malaises sont revenus, les règles ne s'étaient point montrées, et la malade a été obligée de revenir à l'hôpital.

Elle s'est présentée à peu près dans le même état qu'à l'époque de notre premier examen : les troubles des sens étaient un peu moindres; l'anesthésie du membre supérieur gauche plus considérable; mais moins d'affaissement musculaire du membre inférieur gauche.

74. — *Attaques d'hystérie. — Paraplégie hystérique guérie en trois mois par l'électricité et les bains sulfureux. — Première grossesse sans accident. — Deuxième grossesse, compliquée de paraplégie seulement aux époques menstruelles, et durant tantôt plusieurs heures, tantôt quelques jours.*

J'ai vu la malade dont il va être question avec l'interne du service, mon ami, M. Émile Remilly.

La nommée Hubert (Rose), âgée de 21 ans, blanchisseuse, est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Martine, n° 12, service de M. Horteloup, le 19 juin 1851, elle était alors grosse de cinq mois. Depuis le commencement de sa grossesse, elle a éprouvé aux époques menstruelles les symptômes suivants : à sa première époque, un fourmillement

bien marqué dans le membre inférieur droit, qui a duré deux heures, et a été accompagné d'impossibilité de se tenir debout; à la seconde époque, mêmes phénomènes, plus une douleur dans le membre, laquelle a disparu dès que l'impossibilité de marcher est arrivée; à la troisième époque, les mêmes symptômes ont duré vingt-quatre heures; enfin à la cinquième, trois jours de paraplégie. Ces deux derniers accès ont été précédés de céphalalgie, de nausées suivies de vomissements, sans éblouissements, vertiges ni bourdonnements d'oreilles; et, comme le dit la malade elle-même, elle a eu de la migraine et non de la congestion cérébrale. — Elle vient à l'hôpital, parce qu'elle redoute vers le 22 juin l'apparition des mêmes accidents.

Antérieurement elle a eu des attaques d'hystérie nettement accusées; elle a même été traitée à la clinique d'une paraplégie hystérique complète, qui a été guérie par l'électricité et les bains sulfureux, après trois mois de traitement. — C'est pour la seconde fois qu'elle est grosse; à sa première grossesse elle n'a point eu d'accidents analogues à ceux qu'elle a éprouvés cette fois. On entend distinctement les battements du cœur de l'enfant. — Sa santé est d'ailleurs bonne. Les voies digestives et respiratoires n'offrent rien de particulier. Pas de bruit de souffle au cœur ni dans les gros vaisseaux.

Le 20 *juin*, la malade prend dans la journée 50 centigrammes de sulfate de quinine. — Le soir elle éprouve trois petites douleurs bien distinctes dans la jambe droite, accompagnées d'une bouffée bien marquée vers le cerveau, sans éblouissements ni bourdonnements d'oreilles, et sans nausées ni vomissements.

Le 21 juin, à onze heures du soir, elle éprouve des douleurs dans le côté droit du tronc, puis dans la partie antérieure de la cuisse droite jusqu'au pied, accompagnées d'envie de vomir. Dans la journée la malade avait pris 2 pilules de Méglin.

Le 22 juin, il y avait de la faiblesse dans le membre inférieur droit, cependant la malade pouvait encore marcher en traînant la jambe. — 3 pilules de Méglin.

Le 23 juin, vive douleur dans le tibia droit, persistance de la paraplégie; pas d'anesthésie du membre, seulement la malade dit éprouver un engourdissement de toute la jambe. — Frictions avec teinture d'aconit et laudanum, parties égales. — Bain. — 2 portions.

Le 24 juin, les douleurs ont disparu. Couchée, la malade remue bien sa jambe, mais elle ne peut se tenir debout sans fléchir du côté droit. — Bain.

Le 26, le 27 et le 28 juin, même état.

Le 29 juin, les mouvements sont revenus, la marche est régulière.

Le 30 juin, la malade demande à s'en aller. *Exeat.*

CHAPITRE IV.

DE LA PARAPLÉGIE CONSÉCUTIVE AUX PERTES SANGUINES EXAGÉRÉES OU A L'ANÉMIE DU TRAIN POSTÉRIEUR.

Une hémorrhagie très-abondante, ou des pertes nombreuses successives, peuvent être la cause de phénomènes nerveux très-divers, syncope, secousses convulsives, etc., et causer en dernier lieu une paraplégie. Des faits de ce genre se sont présentés, mais ils sont fort rares, et en traitant de l'hystérie (1) et des ménorrhagies, comme cause de paraplégie, j'ai discuté la part qu'il était juste, selon moi, d'accorder à l'anémie. Je ne dirai que quelques mots à ce sujet, afin d'éviter toute répétition, et parce que dans cette occasion la science ne me fournirait pas des matériaux suffisants pour en faire une étude approfondie.

Dans les cas rares où une hémorrhagie excessive aura été la cause indubitable de la paraplégie, elle sera de courte durée, car une stimulation insuffisante des centres nerveux étant la raison réelle, le mouvement pourra se rétablir aussitôt que cessera l'*anervie* (2), aussitôt que l'influx nerveux sera développé de nouveau.

(1) Nous avons vu les hystériques paraplégiques présenter toutes des phénomènes de cloro-anémie caractérisés par du souffle, serait-on en droit pour cette raison seule d'attribuer à l'anémie les paraplégies rapportées à l'hystérie ? non, sans doute, et il suffira de répondre que, s'il en était ainsi. toutes les chlorotiques devraient être affectées de paralysie, ce que l'observation est loin de démontrer.

M. Briquet, qui fait de l'hystérie une étude particulière, a rencontré chez presque toutes les hystériques des signes plus ou moins prononcés de chloro-anémie ; cette dernière serait-elle, comme nous le pensons, nécessaire au développement de l'hystérie, qu'en admettant le fait il n'y aurait pas là matière à expliquer la paralysie.

(2) M. Piorry.

Cet arrêt de l'innervation s'explique facilement par l'expérience. Si on place en effet un hématomètre ou un long tube transparent dans la carotide d'un animal, on voit que les impulsions du cœur perdent de leur énergie à mesure que la quantité du sang diminue, ou s'il perd de sa richesse; si donc le sang a péché à la fois par la richesse et par la quantité, il ne sera plus porté que lentement vers le centre céphalo-rachidien, il ne le stimulera plus assez pour produire le développement de l'influx nerveux : et il s'ensuivra des paralysies. Mais pour qu'il en soit ainsi, une hémorrhagie doit être extrême.

M. le docteur Barth, dont le savoir profond et modeste, et le caractère honorable sont appréciés de tous, a publié dans les *Archives de médecine* un fait que je rapporte. Il est des plus curieux et presque unique dans la science : il s'agit d'une paraplégie causée par une oblitération complète de l'aorte. L'anémie des muscles des membres inférieurs a sans doute causé la paralysie.

M. Goubaut, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, rapporte des faits semblables : il a observé des *chevaux paraplégiques*, chez lesquels il y avait anémie du train postérieur, causée par des caillots énormes fermant hermétiquement l'aorte *abdominale*.

75. — *Oblitération complète de l'aorte, abdominale au-dessous de la mésentérique supérieure, du tronc cœliaque et des artères rénales, engourdissement, œdème, et faiblesse des membres inférieurs. — Mort. — Autopsie.*

Ce fait des plus curieux et presque unique dans la science, a été publié dans les *Archives de médecine* (1), par M. le docteur Barth. J'en donne seulement le résumé.

Le 6 mars 1835, entre dans le service de M. Louis, à l'hôpital de la Pitié, une femme de 51 ans, nommée Martoret (Etiennette), ouvrière en filet, d'une constitution peu forte, elle a quatorze enfants de 20 à 42 ans, ses couches sont toutes heureuses. Cependant en 1812, étant

(1) 1835, t. VIII, 2e série, p. 26.

sortie huit jours après son septième accouchement, elle est prise de douleurs de gonflement des articulations des quatre membres et se trouve dans l'impossibilité de les mouvoir pendant dix huit mois.

Elle commence à éprouver, il y a quatre ans, un engourdissement, d'abord dans l'extrémité pelvienne droite et quelques mois après dans celle du côté gauche. Plus tard il s'y joint des palpitations qui persistent. Depuis cette époque aussi, la progression reste difficile et la force de garder la maison par l'engourdissement, le froid et la douleur qu'elle développe dans les membres inférieurs.... Œdème qui s'est manifesté à deux reprises.

Plus souffrante depuis un an, la malade entre à l'hôpital, ayant les lèvres violacées, des battements de cœur tumultueux et le pouls irrégulier et précipité. Bientôt après se déclare une hémoptysie accompagnée d'une oppression extrême, et la malade expire dix jours après son admission.

A l'autopsie, on trouve le cœur volumineux et ses cavités dilatées, sans amincissement des parois; l'orifice auriculo-ventriculaire gauche notablement rétréci; les valvules aortiques rigides; l'aorte libre supérieurement, oblitérée à sa terminaison par une espèce de coagulum dense sur lequel l'artère s'est contractée de toutes parts, et qui envoie de chaque côté dans les iliaques et leurs divisions, des prolongements en grande partie canaliculés et présentant des traces d'organisation. Plusieurs artères de l'abdomen sont également obstruées.

La mesure du développement des différentes parties de l'aorte, des principales branches qui en naissent, et d'un grand nombre d'artères du second ordre, comparée à la mesure moyenne de ces vaisseaux, montre que les dimensions du tronc et des rameaux artériels du sujet dont nous donnons l'histoire, étaient partout inférieures aux dimensions ordinaires.

Quelle est la nature de cette altération? quel en est le début, et quels en furent les effets? — En considérant avec attention, d'une part, la disposition du tissu anormal placé dans l'aorte et les artères des membres inférieurs, et de l'autre, l'état de la membrane interne dans le tronc et les rameaux artériels, on peut, je pense, arriver à résoudre la première de ces questions. D'abord dans les parties obstruées, la tunique interne offrait un aspect particulier, une surface finement plissée, dépolie, une légère augmentation d'épaisseur et une friabilité plus grande, annonçant une altération de cette membrane; et ces caractères étaient d'autant moins prononcés qu'on s'éloignait davantage de la terminaison de l'aorte et de ses deux divisions. Ensuite, le tissu anormal qui obstruait les différentes parties du système artériel, se présentait sous forme d'un coagulum plein et

solide dans les parties mêmes où l'altération précitée était le plus marquée, ailleurs, sous forme de couches parcourues par un canal central, et dans les points les plus éloignés, sous forme de simples lamelles, comme dans la tibiale postérieure droite, la fémorale droite et la poplitée gauche; ce qui semble indiquer que ces différents états constituaient divers degrés de formation d'un même tissu. On peut donc inférer de ce qui précède que, par l'effet d'une altération de la membrane interne, son inflammation probablement (caractérisée par la perte de son poli, son épaississement et la diminution de sa consistance), il s'est formé à sa surface libre un dépôt de matière coagulable sécrétée par elle ou extraite du sang, laquelle s'est condensée sous forme de couches, d'abord minces et interrompues, ensuite plus épaisses et continues : ces couches augmentant graduellement d'épaisseur, ont fini par former un cylindre canaliculé dans certaines parties où pouvait se faire encore une circulation imparfaite, solide et plein dans d'autres où le cours du sang se trouvait ainsi complétement interrompu.

Ce coagulum une fois établi dans la terminaison de l'aorte, les parois artérielles se sont contractées sur lui, par cette loi du système vasculaire signalée pár Hoogson, d'après laquelle, lorsqu'il y a obstacle au cours du sang dans un vaisseau, celui-ci se resserre graduellement jusqu'à ce que sa cavité s'efface, et qu'il ne forme plus enfin qu'un cordon ligamenteux. C'est la même loi qui préside à l'oblitération des vaisseaux ombilicaux et du canal artériel.

Ces considérations pourront aussi nous conduire à connaître le début de cette altération. L'engourdissement éprouvé par la femme, il y a quatre ans, dans les membres inférieurs, permet déjà de penser, qu'à cette époque, le cours du sang se trouvait gêné dans le tronc artériel qui envoie ces rameaux aux extrémités pelviennes. Sans doute. si le coagulum avait été formé promptement comme dans le cas de la constriction d'une artère au moyen d'un fil, il aurait disparu après un temps aussi long dans différents points des iliaques et peut être même dans la terminaison de l'aorte, et l'on eût trouvé ces vaisseaux réduits à un ligament constitué par les seules parois artérielles revenues sur elles-mêmes de toutes parts. Mais, dans le cas présent, ce tissu n'a pu se déposer que d'une manière lente et graduelle; et le temps nécessaire à sa formation, joint à celui qu'il a fallu pour réduire l'aorte au volume d'une grosse sonde uréthrale, peut bien équivaloir à une espace de quatre années.

Mais quel a été le point de départ de l'oblitération qui nous occupe? l'obstruction de l'aorte a-t-elle suivi ou précédé celle des ilia-

ques, ou bien ces artères se sont-elles obstruées ensemble ? En ayant égard à la cause qui paraît avoir déterminé le dépôt de matière coagulable, on peut penser que le travail de l'oblitération a commencé en même temps dans ces différents points. Ensuite, en réfléchissant aux symptômes qui ont eu lieu pendant la vie, cette circonstance, que la malade a éprouvé de l'engourdissement d'abord dans le membre inférieur droit, semble indiquer que la circulation a été embarrassée dans l'iliaque primitive de ce côté, pendant que le sang parcourait encore librement l'artère correspondante, et qu'ainsi l'oblitération de l'aorte ne s'est opérée que plus tard. — Toutefois, cela ne prouverait pas que l'aorte était parfaitement libre à cette époque, que son occlusion n'était pas commencée, ou qu'elle n'aurait pas eu lieu sans l'oblitération préalable des iliaques. D'autre part, en considérant que dans l'aorte il a fallu un temps considérable pour former un coagulum assez volumineux pour remplir sa cavité, et que ce caillot, aussi consistant que dans les iliaques, était plein, tandis que dans ces dernières et les crurales, il était canaliculé en plusieurs points (circonstance qui, d'après ce qui précède, semble indiquer un état moins ancien) ; ensuite que le tronc artériel avait éprouvé une contraction proportionnellement plus grande que ses branches, on peut admettre que le travail de l'oblitération de l'aorte n'a pas suivi, si même il n'a précédé celui des artères iliaques, et que l'occlusion du tronc s'est faite indépendamment de celle de ses branches. Remarquons encore que le siége de l'oblitération de l'aorte était la portion de son trajet la plus favorable au dépôt d'un coagulum, savoir : celle qui fournit les branches les moins nombreuses et les moins considérables, et qui s'étend depuis sa bifurcation jusqu'à l'origine de la mésentérique inférieure. Au-dessus de cette dernière, la cavité de l'aorte était bien encore obstruée jusqu'aux artères rénales; mais cette portion de coagulum n'avait ni l'aspect, ni la densité de celui qu'on trouvait plus bas : elle était évidemment d'une formation plus récente, et il est probable que cette partie de l'artère était restée primitivement libre pendant que le sang pouvait s'échapper par la mésentérique inférieure; mais ce dernier rameau étant venu à l'obstruer à son tour, et le cours du sang ayant été suspendu dans cette portion de l'aorte, il s'est déposé rapidement dans cette espèce de cul-de-sac des couches fibrineuses plus molles et plus friables. L'époque de la formation de ce coagulum correspondait peut-être à l'accroissement des symptômes observés pendant les derniers temps de la vie. Ce coagulum, adhérent dans son pourtour à la membrane interne, était, comme nous l'avons vu plus haut, décollé à la partie postérieure où il laissait entre lui et les parois de

l'aorte une espèce de canal latéral, dans lequel venaient s'ouvrir trois des artères lombaires; et il est probable qu'au moyen de cette disposition particulière, une certaine quantité de sang avait continué de passer dans ces derniers rameaux. Mais plus bas, l'interruption au cours de ce fluide était complète, et le décollement minime et sans issue inférieure, placé entre les plis formés par l'artère contractée, était un accident qui ne mérite aucune considération et qui n'empêche pas que l'oblitération de la terminaison de l'aorte ne puisse être considérée comme parfaite.

L'imperméabilité de l'aorte abdominale une fois bien constatée, quels étaient les moyens de transmission du sang dans le bassin et les membres inférieurs? — Deux voies existaient : l'une dans les parois de la cavité abdominale, au moyen des anastomoses des mammaires, des intercostales inférieures, des diaphragmatiques et des lombaires avec les épigastriques, les circonflexes iliaques de l'iliaque externe, les sous-cutanées abdominales, les musculaires superficielles de la fémorale, les iléo-lombaires et les fessières de l'hypogastrique. Une autre voie beaucoup plus large et que j'appellerais volontiers viscérale, était fournie à l'entretien de la circulation par les nombreuses anastomoses des branches de l'artère cœliaque, et surtout par les communications plus multipliées et plus volumineuses encore des rameaux de la mésentérique supérieure avec ceux de la mésentérique inférieure, et de ces derniers avec les branches profondes de l'hypogastrique, telles que les sacrées latérales, les hémorrhoïdales moyennes, les obturatrices, les ischiatiques et les honteuses internes, et enfin de celles-ci avec les ramifications vasculaires des membres inférieurs. Ces deux voies de transmission du sang eussent été, comme on le voit, bien larges, si toutes les artères précitées avaient été parfaitement libres. Mais l'une des branches du tronc cœliaque, l'artère mésentérique supérieure après son premier rameau, la mésentérique inférieure et l'origine de l'hypogastrique étaient elles-mêmes obstruées d'une manière plus ou moins complète. Toutefois, il est probable que ces oblitérations ne s'étendaient pas loin; car la rate n'était point atrophiée; les artères fessières et obturatrices étaient libres, et les arcades si nombreuses des divisions mésentériques devaient empêcher la formation du caillot dans leur cavité. Ensuite la première branche de la mésentérique supérieure, savoir la colique droite supérieure, était libre, et celle qui, avec la colique gauche supérieure, forme les anastomoses nombreuses connues sous le nom d'arcade de Winslow, de sorte qu'il restait encore une voie suffisante au transport du sang dans les branches artérielles situées plus bas. En exprimant le regret de n'avoir pu constater l'étendue réelle des oblitéra-

tions précitées, j'y joins celui de n'avoir pu déterminer le volume des différentes anastomoses dont je viens de parler. En général, dans tous les cas où une circulation collatérale a dû s'établir, les auteurs parlent du développement des vaisseaux qui deviennent le siége. Cet accroissement de volume avait lieu peut-être dans les anastomoses viscérales; mais on pourrait admettre avec autant de raison qu'il n'existait pas, puisqu'il manquait dans les artères du système pariétal que j'ai recueillies, telles que la mammaire, l'épigastrique, les intercostales inférieures, l'obliturateur et la fessière, et qui, loin d'être plus volumineuses qu'à l'état normal, présentaient même un diamètre inférieur. Cette absence de dilatation tenait-elle à la multiplicité des moyens de communication du sang, ou bien cette disposition doit-elle être regardée comme une espèce de coarctation due à la même cause qui a présidé au rétrécissement d'un grand nombre d'artères?

Note de M. le docteur Barth. — Si ce fait ne prouve pas d'une manière suffisante que le développement des collatérales n'est pas toujours rigoureusement nécessaire pour l'entretien de la vie dans les parties situées au-dessous d'un tronc artificiellement oblitéré, il démontre jusqu'à un certain point, que cette dilatation peut manquer dans le cas d'oblitération spontanée ; il permet du moins de penser qu'elle peut disparaître si elle existe, et prouve que, dans certaines circonstances données, la circulation capillaire peut suffire sans le concours de gros rameaux anastomotiques notablement développés. Sous le point de vue pratique, si cette observation démontre que le cours du sang peut se trouver complétement interrompu dans l'aorte, chez l'homme, sans entraîner la gangrène ou l'atrophie des parties situées au-dessous, permet-il de penser qu'une constriction *subite* aurait les mêmes résultats? Et en la rapprochant des autres faits de ce genre que la science possède, pourrait-on en conclure que la ligature de l'aorte à sa terminaison, comme l'a faite S. A. Cooper, peut être pratiquée avec chance de succès?

FIN DE LA PREMIÈRE PARTIE.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES NOMS DES AUTEURS ET MÉDECINS CITÉS DANS CE VOLUME.

FIN DE LA TABLE ALPHABÉTIQUE
DE LA PREMIÈRE PARTIE.

TABLE DES MATIÈRES.

CHAPITRE PREMIER.

EXISTE-T-IL DES PARAPLÉGIES INDÉPENDANTES DE LA MYÉLITE ?

CHAPITRE II.

DE LA PARAPLÉGIE PRODUITE PAR LES DÉSORDRES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES.

IIe PARTIE DU MÊME CHAPITRE II.

CHAPITRE III.

DE LA PARAPLÉGIE CONSÉCUTIVE A L'HYSTÉRIE ET A LA CHLORO-HYSTÉRIE.

CHAPITRE IV.

DE LA PARAPLÉGIE CONSÉCUTIVE AUX PERTES SANGUINES EXAGÉRÉES OU A L'ANÉMIE DU TRAIN POSTÉRIEUR.

CORBEIL, TYP. ET STÉR. DE CRÉTÉ.

ERRATA

DE LA PREMIÈRE PARTIE.

Page 7, *au lieu de :* Darand, *lisez :* Durand.
— 8, — inflammatoire, — inflammatoires.
— 14, — qui s'y proéminent, — qui y proéminent.
— 16, — muliebribus, — mulieribus.
— 17, — medula, — medulla.
— 17, — traïcit, — traxit.
— 17, — infinis, — infimis.
29-33, — Nicase, — Nicas.
— 75, supprimer la parenthèse (page 114).
— 156, *au lieu de :* de Coutrexeville, — Contrexeville.
— 185, — M. Mesnet rapporte un cas de paraplégie, *lisez :* M. Mesnet rapporte deux cas de paraplégie dans sa thèse.